



**Sociedad Argentina de Pediatría**

Dirección de Congresos y Eventos

Comité Nacional de Medicina Interna Pediátrica



Por un niño sano  
en un mundo mejor

# 1° Congreso Argentino de Medicina Interna Pediátrica

*“Medicina Interna Pediátrica: la atención centrada en el paciente”*

2° Jornadas Nacionales de Kinesiología  
en Medicina Interna Pediátrica

2° Jornadas Nacionales de Farmacia Pediátrica Hospitalaria

3° Jornadas Nacionales de Enfermería  
en Medicina Interna Pediátrica

5° Encuentro Nacional de Epidemiología Pediátrica

**2, 3 y 4 de noviembre de 2016 • Buenos Aires**

## Sedes

- Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica “Dr. Carlos A. Gianantonio”  
Jerónimo Salguero 1244 – Ciudad de Buenos Aires
- Palais Rouge Eventos y Convenciones  
Jerónimo Salguero 1443 – Ciudad de Buenos Aires

# RESÚMENES de TRABAJOS LIBRES



## HIPONATREMIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

PO  
001

Chinigioli M.<sup>1</sup>; Morandi M.<sup>2</sup>; Dominguez G.<sup>3</sup>; Pujol P.<sup>4</sup>

HOSP. HUMBERTO NOTTI<sup>1,2,3,4</sup>

<micachini\_1@hotmail.com>

Numerosos estudios han evaluado la relación entre neumonía adquirida en la comunidad (NAC) e hiponatremia considerando ésta última como factor pronóstico y de gravedad.

El Dr. Barcia en su trabajo, ya definen que la presencia de hiponatremia incrementa la gravedad de las situaciones clínicas con las que se asocia, tanto si se presenta al ingreso como si se desarrolla durante la internación, en pacientes adultos. Son escasas las investigaciones realizadas con población pediátrica; una de ellas es la encabezada por la Dra. Soraya Amaya<sup>5</sup>, en donde si bien se concluye con que la hiponatremia es uno de los datos de laboratorio que nos sirve para el pronóstico en NAC, no se excluyen aquellos pacientes que presentan comórbidas que condicionan esta situación.

Debido a la alta incidencia y morbimortalidad que presentan las NAC en la edad pediátrica y los escasos estudios existentes respecto al tema hemos decidido investigar la hiponatremia en pacientes con NAC como posible herramienta para clasificar la severidad y el pronóstico de dichos pacientes.

### OBJETIVOS

- Evaluar si la hiponatremia es un factor pronóstico en pacientes con NAC.
- Evaluar la utilidad del ionograma como herramienta para categorizar la severidad de la NAC.
- Comparar la información recabada en nuestra población con los datos informados de otras instituciones.

### HIPÓTESIS

- Si existe relación entre NAC e hiponatremia.
- La hiponatremia es un factor de mal pronóstico en pacientes con NAC.
- El ionograma tiene utilidad como herramienta pronóstica en pacientes con NAC.

### TIPO DE DISEÑO

Para llevar a cabo esta investigación utilizaremos un diseño observacional retrospectivo, transversal. En este proyecto local se estudiarán los pacientes de ambos sexos internados en el Hospital Humberto Notti de 1 mes a 14 años de edad sin enfermedades comórbidas, entre el mes de enero del 2016 a diciembre del mismo año y cuyo diagnóstico al egreso sea NAC. Se solicitará a las autoridades del Hospital H Notti autorización para la utilización de recursos del mismo, necesarios para la realización de ionograma que requeriremos para el estudio. Se solicitará autorización por escrito a los padres de los pacientes candidatos a formar parte del estudio y solicitud de estudios complementarios. Se solicitará ionograma al ingreso a todos los pacientes con sospecha de NAC; en aquellos en los que se confirme el diagnóstico a través de la clínica y radiología se evaluará la evolución clínica que tuvieron (días de tratamiento, complicaciones, necesidad de Unidad de Cuidados Intensivos) a partir de sus historias clínicas la relación que tuvo ésta con la hiponatremia, evaluando a ésta última como factor pronóstico. La solicitud del estudio estará a cargo de los residentes presentes en la guardia interna, y la extracción será realizada por técnicos del laboratorio, asegurándonos una adecuada técnica para evitar sesgos.

## ANGINA DE LUDWING. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
003

Moreno E.<sup>1</sup>; Santolin C.<sup>2</sup>; Olivera C.<sup>3</sup>; Losardo D.<sup>4</sup>; Chapoval O.<sup>5</sup>; Bellabarba M.<sup>6</sup>; Urbina J.<sup>7</sup>; Berstein J.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE AGUDOS MI PUEBLO FLORENCIO VARELA<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<erica\_moreno\_10@hotmail.com>

### INTRODUCCION

La Angina de Ludwing constituye una entidad potencialmente fatal, donde el compromiso de la vía aérea es la principal causa de muerte, constituye la infección de los tejidos blandos del cuello y piso de la lengua. Los agentes patógenos en esta entidad componen una mezcla de aerobios y anaerobios de la cavidad oral. La mayoría son infecciones polimicrobianas. Siendo mas frecuente en la población adulta.

### OBJETIVOS

Describir las características relevantes del caso, que permitan discernir entre diagnósticos diferenciales, teniendo en cuenta la potencial morbi mortalidad del cuadro.

### DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 4 años de edad que consulta por presentar tumoración en hemi cara derecha, cuello y fiebre no cuantificable de 12 hs de evolución. Con trismus, disfagia, limitación de fonación, tolera parcialmente el decúbito, sialorrea abundante, edema de lengua dolorosa. Adenomegalias cervicales y submandibulares dolorosas; exantema cutáneo que desaparece a la digito presión desde región submandibular hasta tronco. Sin dificultad respiratoria. Leucocitosis con desviación a la izquierda aumento de enzimas hepáticas y reactante de fase aguda. HMC X2 negativos. TAC de cabeza, cuello y tórax: múltiples imágenes ganglionares latero cervicales bilaterales, en ambas cadenas yugulo carotídeas. En ángulo mandibular derecho, imagen hipodensa. Enfisema en tejido celular subcutáneo. Ocupación con densidad de partes blandas de la totalidad

del seno maxilar derecho. Imagen de consolidación parenquimatosa en el segmento lingular lóbulo medio derecho, con broncograma aéreo. Imagen similar en base homolateral. Se indica tratamiento antibiótico ceftriaxona 80 mg/kg/d c/12 hs y metronidazol 30 mg/kg/d c/8hs. Tras quinto día de antimicrobiano, la paciente presenta notable mejoría, se inicia tolerancia a la vía oral. Cumplió 21 de tratamiento antibiótico, fue dado de alta sin complicaciones.

### DISCUSION

Teniendo en cuenta que en nuestro medio las infecciones de partes blandas son uno de los diagnósticos prevalentes en internación, es importante conocer como profesionales los diagnósticos diferenciales que nos permitan instaurar los tratamientos correctos de manera oportuna.



## SEGUIMIENTO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA. SITUACIÓN ACTUAL EN UN HOSPITAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

PO  
004

Silva A.<sup>1</sup>; Bois F.<sup>2</sup>; Duro E.<sup>3</sup>

HOSPITAL CENTRAL DE PEDIATRÍA DE MALVINAS ARGENTINAS<sup>1,2</sup>; HOSPITAL MATERNOINFANTIL DE MALVINAS ARGENTINAS<sup>3</sup>  
<ana\_maria\_silva@live.com>

### INTRODUCCIÓN

La incidencia de sífilis congénita en Argentina es de 1,05 casos por 1.000 nacidos vivos en 2013. Se desconocen datos del seguimiento.

### OBJETIVO

Escribir la situación actual del seguimiento de los casos locales de sífilis congénita.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo.

### POBLACIÓN

106 recién nacidos vivos en el Hospital Maternoinfantil de Malvinas Argentinas años 2014-2015 con sífilis congénita, 25 que realizaron seguimiento por infectología y 81 que no lo realizaron. Revisión de historias clínicas. Estadística: Caracterización de los grupos a través del test de Fisher y t-Student en SPSS24.0. Los datos fueron procesados por medias aritméticas con sus respectivos cuartiles en Excel de Microsoft Office 2010.

### RESULTADOS

La tasa de incidencia de sífilis congénita fue 15 casos por 1.000 nacidos vivos en 2015 y 13,4 por 1.000 en 2014. El 76% de los casos no acudió al control. Hubo 8% de madres con baja escolaridad en el grupo no seguido versus 4% en el grupo seguido (p:0,054). 60% de los padres recibió tratamiento en el grupo seguido versus 14% en los no seguidos

(p:0,031). Los recién nacidos que acudieron al seguimiento habían requerido internación en 4% de los casos respecto a 11% para el grupo no seguido (p:0,023).

### CONCLUSIONES

El seguimiento de casos de sífilis congénita en nuestra población es menor al 25%. Se considera una prioridad en salud incrementar esa proporción creando estrategias que permitan optimizarlo y mejorar la adherencia para prevenir el desarrollo de sífilis tardía y la aparición de secuelas a largo plazo.

## FACTORES ASOCIADOS CON FALLA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÉNITA. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

PO  
005

Silva A.<sup>1</sup>; Bois F.<sup>2</sup>

HOSPITAL CENTRAL DE PEDIATRÍA DE MALVINAS ARGENTINAS<sup>1,2</sup>  
<ana\_maria\_silva@live.com>

### INTRODUCCIÓN

La sífilis materna inadecuadamente tratada constituye un problema de salud pública ya que puede producir enfermedad congénita y gran morbimortalidad.

### OBJETIVO

Describir qué factores socioeconómicos están relacionados con falla en el diagnóstico y tratamiento de sífilis congénita.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio analítico de casos y controles en el Hospital Maternoinfantil de Malvinas Argentinas, 2014-2015. Casos: mujeres puérperas con sífilis sin tratamiento o inadecuado e hijos con sífilis congénita. Controles: mujeres puérperas e hijos recién nacidos vivos sanos. Se realizó revisión de historias clínicas. Estadística: Caracterización de grupos a través del test de Fisher y t-Student. Se estimó el OR individual y ajustado de "falla en el diagnóstico" y "falla en el tratamiento" fijando IC95% (p<0,05) para cada variable estudiada en SPSS24.0.

### RESULTADOS

Hubo 106 casos de sífilis congénita y 100 controles. Recién nacidos de madres con 5 CPN o menos tuvieron 4 veces más riesgo de presentar falla en el diagnóstico de sífilis congénita respecto al grupo control (OR: 4,83; IC95%: 1,79-12,98) patrón igualmente observado para baja escolaridad materna. Las madres de 18 años o menos y aquellas con número insuficiente de CPN constituyeron un factor de riesgo significativo para falla

en el tratamiento (OR ajustado: 4,07; IC95%: 1,43-11,57 y OR ajustado: 2,85; IC95%: 1,29-6,28, respectivamente).

### CONCLUSIONES

Resulta necesario implementar políticas de salud pública orientadas a mejorar el número de controles obstétricos, el índice de escolaridad materna y a disminuir la tasa de embarazo en adolescentes, con el objeto de reducir la incidencia de sífilis congénita en nuestra población.



## PERITONITIS TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Santolin C.<sup>1</sup>; Butti C.<sup>2</sup>; Peñaloza Almaraz A.<sup>3</sup>; Alzamendi R.<sup>4</sup>; Lagala Y.<sup>5</sup>; Grassi Llofriú N.<sup>6</sup>  
HZGA MI PUEBLO FLORENCIO VARELA<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<cms\_1981@hotmail.com>

### INTRODUCCION

La tuberculosis abdominal cursa con un cuadro inespecífico, de difícil diagnóstico diferencial respecto a otras entidades de similar presentación.

### OBJETIVOS

Describir las características relevantes del caso, que permitan discernir entre diagnósticos diferenciales, teniendo en cuenta la potencial morbi mortalidad del cuadro.

### CASO CLINICO

Paciente de 14 años de edad que consulta por guardia traído por ambulancia por presentar dolor abdominal agudo. Ingresó en mal estado general, pálido, quejoso, febril. Se decide por clínica y exámenes complementarios la intervención quirúrgica de urgencia con diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda gangrenosa perforada con peritonitis generalizada. Se medica con ampicilina, metronidazol y gentamicina.

Al quinto día de postoperatorio comienza con registros febriles. Se realiza ecografía y TAC donde se observa alteración de la eco respuesta hepática y renal, con colección interesas, por lo cual se re interviene quirúrgicamente con diagnóstico de absceso residual posterior a peritonitis, y se medica con ciprofloxacina. A los 20 días de la primera cirugía, vuelve a presentar registros febriles, por lo que se repite imágenes observándose colección subfrénica e interesas, por lo que servicio de cirugía decide drenaje percutáneo de la colección subfrénica, no lográndose evacuación completa ni resolución del cuadro febril. Por lo anterior se decide nueva laparotomía donde se constató tumoración cilíndrica irregular indurada

de 20 cm x 6 cm a nivel de raíz del mesenterio y pre vascular con prolongación cefalicogástrica. Se extrajo material de aspecto caseoso, se enviaron muestras a cultivo y anatomía patológica. Se recibe informe de laboratorio de material quirúrgico, BAAR +, reinterpretándose cuadro a tuberculosis intrabdominal. Cabe aclarar que el paciente presentó descenso de peso desde su ingreso.

Baciloscofia de esputos x3 que resultaron negativos y PPD que resultó anérgica. Comienza tratamiento para TBC, lográndose franca mejoría clínica, con desaparición de registros febriles y ganancia de peso. Catastro familiar negativo. Contacto positivo amigo del paciente.

### DISCUSION

La tuberculosis abdominal es una entidad infrecuente que se suele originar por reactivación y diseminación hemática de focos latentes, generalmente pulmonares, aún no siendo radiológicamente visibles. El tratamiento es farmacológico. Como entidad es un reto diagnóstico, epidemiológico y terapéutico.

RPD  
006

## ALTERACIÓN DEL MEDIO INTERNO CON ALCALEMIA EXTREMA

Beaudoin M.<sup>1</sup>; Maiolo L.<sup>2</sup>; Urtasun M.<sup>3</sup>; Ajzensztat J.<sup>4</sup>; Calleri B.<sup>5</sup>; De Lillo L.<sup>6</sup>; Fretes N.<sup>7</sup>; Mazzeo C.<sup>8</sup>  
HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<beaudoinmarialaura@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La estenosis hipertrófica del píloro se caracteriza por una hipertrofia de la musculatura lisa del píloro que origina obstrucción del orificio de salida del estómago, provocando retardo en el vaciado gástrico, dilatación y vómitos no biliosos, que conduce a la deshidratación, desbalance de electrolitos y alcalosis, predisponiendo a arritmias y apneas. El trastorno típico supone hipocloremia, hipokalemia y alcalosis metabólica.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de un Síndrome Pilórico con Alcalosis Metabólica extrema.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 1 mes y 18 días comienza 3 semanas previas a la consulta con vómitos asociados a mal progreso de peso, con oliguria referida de 3 días de evolución. Ingresó al servicio donde se lo constató deshidratado. Se realiza EAB 7.82/28/119/46.8/28.7, ionograma 136/2.2/75.3 Ca0.74 Mg 0.45. Se realizan dos expansiones con solución fisiológica, corrección endovenosa de potasio, se coloca hidratación parenteral y se realiza ecografía abdominal, evidenciándose hipertrofia pilórica. Presenta episodios repetidos de apneas trasladándose a la terapia intermedia para monitoreo continuo. Estabilizado su medio interno se realiza píloromiotomía extramucosa 6 días posterior a su ingreso.

### DISCUSIÓN

La alteración primordial del síndrome pilórico es el aumento del bicarbonato (CO<sub>3</sub>H) resultado de la pérdida de hidrogeniones (H<sup>+</sup>). El ajuste renal consiste en excretar CO<sub>3</sub> H en lugar de cloro. El sodio es excretado junto al CO<sub>3</sub>H resultando en Hiponatremia. El organismo intenta corregir esta última eliminando Cl K e H<sup>+</sup> agravando la Hipokalemia y la Alcalosis Metabólica. La excreción de hidrogeniones resulta en acidez paradójica de la orina, la cual empeora la alcalosis existente. La Hipokalemia responde a la pérdida de K secundaria a los vómitos. Los niveles de Cl y CO<sub>3</sub>H sérico indican la severidad de la Alcalosis Metabólica predisponiendo a convulsiones, arritmias y apneas.

### CONCLUSIÓN

Es importante destacar que la hipertrofia de píloro es una emergencia médica pero nunca una emergencia quirúrgica. Un completo conocimiento de la fisiopatología es necesario para corregir el déficit de electrolitos y fluidos. El abordaje inicial de esta patología genera controversia, entre un manejo agresivo del medio interno o una corrección gradual del desbalance de electrolitos. No debe realizarse la píloromiotomía hasta corregirse los trastornos del medio interno debido al riesgo de apneas posterior a la anestesia.

RPD  
007



## PARESIA DE MIEMBROS SUPERIORES

Escobar M.<sup>1</sup>; Pereira Gálvez M.<sup>2</sup>; Galvagno I.<sup>3</sup>; Pérez G.<sup>4</sup>; Arpi L.<sup>5</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5</sup>

<marialaura\_escobar@yahoo.com.ar>

Paciente de 5 años, previamente sana que ingresa el 03/04/16 por fiebre e impotencia funcional de miembros superiores. Comienza el 31/3 con síndrome febril, a las 24 hs presenta paresia de MMSS. Al ingreso se encuentra vigil, conectada, orientada, miembros inferiores con fuerza y movilidad conservadas, pares craneales sin alteraciones, sensibilidad conservada, reflejos conservados. Miembro superior izquierdo pléjico e hipotónico. Miembro superior derecho con paresia e hipotonía. Se realiza TAC de cerebro y laboratorio normal. Citoquímico LCR: límpido, incoloro, glucosa 77 mg/dl (glucemia 126), células 32 (linfocitos), proteínas 43 mg/dl. Cultivo LCR negativo, PCR para Herpes y enterovirus negativa. RMN de cerebro y médula en la que se observan cambios compatibles con mielitis C2 a C7. Realizó pulsos con metilprednisolona 30mg/kg sin mejoría, agregando el 5/4 enuresis y debilidad de tronco, el 7/4 debilidad de diafragmas y músculos abdominales, el 08/04 por insuficiencia respiratoria ingresa a ARM. Se diagnostica atelectasia masiva izquierda. Permanece en UCI hasta el 3/5. Cumple solumedrol por 10 días, luego se decide iniciar plasmaféresis, realiza 8 sesiones sin respuesta clínica, además recibe ciclofosfamida y deltisona.

### ESTUDIOS REALIZADOS:

Viroológico en aspirado naso faríngeo: negativo.

Hemocultivos: negativos.

FAN, anti LKM, ANA y ENA negativos, C3, C4 y normales.

Muestras pareadas de suero y LCR para bandas oligoclonales y HTLV 1 y 2 negativos.

Serologías negativas.

Aislamiento de Enterovirus en materia fecal.

Realiza kinesioterapia persistiendo con plejía de miembro superior izquierdo y paresia severa de miembro superior derecho (mínima movilidad de antebrazo).

Se realizó RMN de control con lesión hiperintensa en asta anterior en nivel C3 - C4 que se interpreta como secuelar.

Se otorga egreso hospitalario con pautas de alarma y tratamiento kinésico.

### DIAGNÓSTICO

Bulbomielitis longitudinal extensa centromedular por Enterovirus.



## A POROPOSITO DE UN CASO: ENTEROCOLITIS POR ALERGIA A LA PROTEINA DE LECHE DE VACA

Risso M.<sup>1</sup>; Villa De Villafañe A.<sup>2</sup>; Ussher F.<sup>3</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3</sup>

milagrorisso@hotmail.com

### INTRODUCCION

La alergia alimentaria afecta a 6-8% de los niños menores de 2 años. La causa más frecuente es causada por la proteína de leche de vaca y soja. Las manifestaciones clínicas son variables, y más del 80% de los pacientes presenta tolerancia luego de los 3 años de vida. El síndrome de enterocolitis por alergia a la proteína de leche de vaca es una forma severa de alergia alimentaria. Su forma de presentación suele ser confundida con una sepsis o gastroenteritis. Su frecuencia hace que requiera mayor consideración en la evaluación del neonato que consulta por cuadro de vómitos y/o diarrea.

### OBJETIVO

Se presenta el caso de un niño que ingresó con cuadro compatible con sepsis resultando en forma severa de alergia a la proteína de leche de vaca.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 30 días de vida que consultó a la guardia por episodio de vómito, regular actitud alimentaria e hiporreactividad de 48hs de evolución. Se encontraba hiporreactivo, con reticulado de piel por lo que se indicó expansión con solución fisiológica, se realizó laboratorio de screening infectológico (leucocitosis, acidosis láctica). Por sospecha de sepsis se pancultivó (ácido láctico elevado en líquido cefalorraquídeo) y medicó con Ampicilina-Cefotaxima, se colocó plan de hidratación parenteral y se decidió su internación.

Respecto de sus antecedentes personales era un nacido pretérmino 36 semanas, con bajo peso 2275g por cesárea por fiebre materna en madre con artritis reumatoidea medicada con Meprednisona y Paracetamol

durante el embarazo por reagudización de su enfermedad. Había estado internado en neonatología medicado con antibióticos por sospecha de sepsis sin rescate de germen. Se alimentaba con leche de fórmula regular actitud alimentaria y mal progreso de peso.

Durante su internación se medicó con Riboflavina, Carnitina, Coenzima Q10 y Biotina, se suspendió la alimentación por vía oral y colocó plan de hidratación con alto flujo de glucosa. Con laboratorio neurometabólico normal se descartó enfermedad metabólica y retiro medicación. Por evidencia de metahemoglobinemia elevada en laboratorios de control recibió Vitamina C para su tratamiento.

Con cultivos negativos se suspendieron los antibióticos. Permaneció afebril durante toda la internación. Por sospecha de alergia a la proteína de leche de vaca debido a persistir con intolerancia oral, con mala actitud alimentaria y progreso de peso, se indicó alimentación con leche parcialmente hidrolizada. Presentó buena tolerancia oral y actitud alimentaria con adecuado progreso de peso desde entonces y evolucionó con normalización del estado ácido base, disminución de la leucocitosis y del valor de metahemoglobinemia.

### CONCLUSION

Es dificultoso realizar diagnóstico certero inicial de enterocolitis por alergia a la proteína de leche de vaca, sus signos y síntomas suelen semejar una sepsis. Debemos considerarlo dentro de las posibilidades diagnósticas frente a pacientes que además de presentar clínica y laboratorio compatible con sepsis sin rescate de germen ni mejoría clínica con tratamiento antibiótico presentan a su vez mal progreso de peso, hipoalbuminemia y metahemoglobinemia.







## EVOLUCIÓN DE NIÑOS CON SÍNDROME URÉMICO HEMOLÍTICO EN UNA SALA DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA

PO  
011

Risso M.<sup>1</sup>; Urquiza M.<sup>2</sup>; Exeni A.<sup>3</sup>; Rigali P.<sup>4</sup>; Torres S.<sup>5</sup>; Iolster T.<sup>6</sup>; Siaba A.<sup>7</sup>; Rocca Rivarola M.<sup>8</sup>  
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<milagrosrisso@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome Urémico Hemolítico (SUH) típico en Argentina, constituye la principal causa pediátrica de insuficiencia renal aguda, segunda de insuficiencia renal crónica y tercera de trasplante renal. Hay 500 casos nuevos por año, siendo una enfermedad endémica en nuestro país. El SUH atípico es una enfermedad rara con incidencia de 1:1000000. Varios factores han sido relacionados a la mala evolución del SUH requiriendo el soporte de una unidad de cuidados intensivos (UCIP) considerándose como criterios de admisión la necesidad de soporte renal, falla multiorgánica, afectación neurológica y/o cardiovascular.

### OBJETIVO

Analizar la sobrevida y evolución de pacientes con SUH admitidos a Internación pediátrica. Evaluar factores predictores de mala evolución.

### DISEÑO

Cohorte Retrospectiva.

### POBLACIÓN

54 pacientes con SUH en el período 1/03/2005-30/04/2015. 52 fueron SUH típicos (96%) y 2 atípicos (4%). Varones 31 (57%), mujeres 23 (43%).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó la evolución de la función renal (valor de creatinemia) con curva de Kaplan-Meier y se evaluaron factores predictivos de morbilidad utilizando el programa STATA 8. Se realizó un análisis uni y multivariado, aplicando una regresión logística múltiple entre Microalbuminuria persistente a los 5 años/Hipertensión arterial (HTA, tensión arterial mayor pc99 según edad y talla según tablas de la Sociedad Argentina de Pediatría) en relación a días de oligoanuria y plaquetopenia, neutrofilia, afectación neurológica (toda

manifestación de sistema nervioso central en contexto de SUH) y valor máximo de creatinina (Cr). Con el mismo programa se analizó la correlación lineal entre valores máximos de Cr e HTA.

### RESULTADOS

No hubo muertes, 1 quedó en Insuficiencia renal terminal. La mediana de edad fue 36 meses (r: 8-192). 26 niños (48.15%) ingresaron a UCIP. El 48.15% (26/54) recibieron soporte renal (2 hemodiálisis, 21 peritoneal). La media de recuperación de plaquetas fue 14 días (SD 6) y la mediana de recuperación de la diuresis fue 12 días (r.3d - 4,5 años). La neutrofilia se asoció en un 80% a plaquetopenia persistente por más de 14 días y a oligoanuria mayor a 10 días. Asistencia ventilatoria mecánica recibieron 6 pacientes y 5 padecieron afectación neurológica. La estancia hospitalaria tuvo una mediana de 28 (r4-91). La plaquetopenia mayor a 15 días (OR. 2.18; IC 95% 1.19-4.32), oligoanuria mayor a 9 días (OR. 6.321; IC 95% 2.901-14.33) y la presencia de neutrofilia (OR:3,89,IC2,18-9.71) se asociaron a microalbuminuria persistente a los 5 años, por lo tanto factores pronósticos en la enfermedad. En el análisis de correlación lineal un valor de Cr máximo mayor a 5.8 mg/dl alcanzado presentó un OR 3.78 (Ic 95%:2.01-6-32) para HTA en el periodo agudo.

### CONCLUSIONES

En nuestra serie la morbilidad de los pacientes se asoció con HTA y microalbuminuria persistente a los 5 años. Si bien la oligoanuria y tiempo de permanencia en terapia de remplazo renal han sido asociados con evolución a enfermedad renal crónica, en nuestra serie la presencia de neutrofilia y plaquetopenia mayor a 15 días se asocio a mal pronóstico. Es necesaria una cohorte con mayor tamaño muestral para contrastar estas hipótesis.

## PROCALCITONINA COMO MARCADOR DE RIESGO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA HEMATONCOLÓGICA Y NEUTROPENIA FEBRIL

PO  
012

Lugrin Bellomo A.<sup>1</sup>; Reyes Haczek P.<sup>2</sup>; Mohando Soto K.<sup>3</sup>; Torres S.<sup>4</sup>; Rocca Rivarola M.<sup>5</sup>  
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3,4,5</sup>

<antuslugrin@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Los episodios de neutropenia febril en pacientes con patología hematológica son una complicación grave y frecuente que conlleva una elevada morbimortalidad durante el tratamiento de dicha patología. Tener un marcador sérico de riesgo temprano que pueda predecir el riesgo de dichos pacientes es importante, ya que la temprana identificación del riesgo de estos pacientes puede seleccionar a los que requieren tratamiento y manejo más agresivo. La procalcitonina es un péptido precursor de la calcitonina que se utiliza como marcador de sepsis. En situaciones de SIRS o sepsis, la producción de dicho péptido aumenta. Su utilización como parte de la evaluación inicial de los pacientes con neutropenia febril podría ser un elemento útil como predictor de neutropenia febril de alto riesgo.

### OBJETIVOS

Determinar si la procalcitonina puede definir el riesgo de infección bacteriana y el riesgo en los pacientes neutropénicos febriles con patología hematológica.

### POBLACIÓN

Pacientes entre 0 y 18 años con patología hematológica (tanto leucemias como tumores sólidos) en tratamiento por enfermedad de base en el Hospital Universitario Austral, que consultaron por fiebre en el contexto de neutropenia (RAN < 1000/mm<sup>3</sup>) en el período comprendido entre enero de 2013 y diciembre de 2014.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un diseño observacional de una cohorte retrospectiva a través de la revisión de historias clínicas de pacientes con patología hematológica que ingresaron al Hospital Universitario Austral por neutropenia febril.

### RESULTADOS

En el período evaluado se realizaron 81 consultas por fiebre y neutropenia, correspondientes a 32 pacientes (edad promedio 87 meses). El 53% de esos pacientes presentó como enfermedad de base leucemias y el 47% tumores sólidos. El 34,5% de los episodios ocurrió en pacientes internados. De los 81 episodios, 12.3% presentaron valor de procalcitonina >2 (elevado), encontrándose en el 70% de ellos infección bacteriana documentada y presentando clínica de sepsis o shock séptico el 80% de ellos (3 evolucionaron con óbito).

### CONCLUSIONES

Los pacientes inmunosuprimidos secundarios a enfermedades hematológicas presentan mayor riesgo de infecciones. La utilización de parámetros de laboratorio, como la procalcitonina, en episodios de neutropenia febril, resulta de utilidad para predecir mayor riesgo de infección bacteriana y comorbilidad, con el consiguiente requerimiento de tratamiento antibiótico agresivo y monitoreo más estricto.



## IMPACTO DEL TRATAMIENTO A LARGO PLAZO CON ELOSULFASE ALFA SOBRE LA FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE MORQUIO TIPO A

PO  
013

*Guelbert N.<sup>1</sup>; Hendriksz C.<sup>2</sup>; Burton B.<sup>3</sup>; Alsayed M.<sup>4</sup>; Giugliani R.<sup>5</sup>; Hughes D.<sup>6</sup>; Mealiffe M.<sup>7</sup>; Mitchell J.<sup>8</sup>; Parini R.<sup>9</sup>; Raiman J.<sup>10</sup>; Shaywitz A.<sup>11</sup>; Slasor P.<sup>12</sup>; Solano Villarreal M.<sup>13</sup>; Stewart F.<sup>14</sup>; Berger K.<sup>15</sup>; Harmatz P.<sup>16</sup>*

SECCIÓN ENF. METABÓLICAS - HTAL. DE NIÑOS DE CÓRDOBA<sup>1</sup>; SALFORD ROYAL FOUNDATION NHS TRUST, SALFORD, REINO UNIDO<sup>2</sup>; LURIE CHILDREN'S HOSPITAL & NWU FEINBERG, CHICAGO, IL, ESTADOS UNIDOS<sup>3</sup>; KING FAISAL SPECIALIST HOSPITAL & RESEARCH CENTER, RIYADH, ARABIA SAUDITA<sup>4</sup>; HCPA, UFRGS & INAGEMP, PORTO ALEGRE, BRASIL<sup>5</sup>; ROYAL FREE LONDON NHS FOUNDATION TRUST & UC, LONDRES, REINO UNIDO<sup>6</sup>; BIOMARIN PHARMACEUTICAL INC., NOVATO, CA, ESTADOS UNIDOS<sup>7,11,12</sup>; MONTREAL CHILDREN'S HOSPITAL, MONTREAL, QC, CANADA<sup>8</sup>; AZIENDA OSPEDALIERA SAN GERARDO, MONZA, ITALIA<sup>9</sup>; HOSPITAL FOR SICK CHILDREN, TORONTO, ON, CANADA<sup>10</sup>; FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL, BOGOTÁ, COLOMBIA<sup>13</sup>; BELFAST CITY HOSPITAL, BELFAST, NI, REINO UNIDO<sup>14</sup>; NY UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE, NY, NY, ESTADOS UNIDOS<sup>15</sup>; UCSF BENIOFF CHILDREN'S HOSPITAL OAKLAND, OAKLAND, CA, ESTADOS UNIDOS<sup>16</sup>  
 <nguelbert@amnet.com.ar>

Presentamos los resultados de las pruebas de función pulmonar a largo plazo de un estudio fase 3 multicéntrico abierto de extensión, en curso, de evaluación de la seguridad y eficacia a largo plazo de la terapia de reemplazo enzimático con elosulfase alfa (TRE) en pacientes con síndrome de Morquio tipo A. En la parte 1 del estudio de extensión, los pacientes que fueron randomizados inicialmente a la TRE en el estudio controlado con placebo original de 24 semanas [1] fueron mantenidos en su régimen (2,0 mg / kg / semana o cada dos semanas); los pacientes del grupo placebo fueron randomizados nuevamente a uno de los dos regímenes de tratamiento. Durante la parte 2 todos los pacientes recibieron TRE a 2,0 mg / kg / semana. La función pulmonar fue valorada como un objetivo de eficacia secundario. Se presentan las modificaciones respecto al valor basal del estudio original de 24 semanas [1] a las 72 y 120 semanas. En el estudio de 24 semanas, aumentos no estadísticos para la capacidad vital forzada (FVC) y la ventilación voluntaria máxima (MVV) fueron vistos en cada grupo de dosificación versus placebo [1] y ambos parámetros continuaron mejorando para la población combinada de pacientes durante el estudio de extensión

hasta un máximo de 120 semanas. La MVV aumentó una media (SE) de 1,78 (0,74) L / min a semana 72 y 1,80 (1,04) L / min o 11,04 (4,55) % a la semana 120 respecto al valor basal. La FVC aumentó una media (SE) de 0,05 (0,01) L a la semana 72 y 0,08 (0,02) L o 8,6 (1,8) % a la semana 120 respecto al valor basal. Por el contrario, los pacientes no tratados comparables del estudio de la historia natural MorCAP [2] mostraron disminuciones promedio de la MVV y FVC a lo largo de 2 años. En última instancia, la TRE fue asociada con mejoras continuas o sostenidas en las medidas de la función pulmonar a largo plazo en pacientes de Morquio A por más de 2 años, lo que sugiere que la elosulfase alfa disminuye la progresión natural de la disfunción pulmonar en Morquio A.

### REFERENCIAS:

1. Hendriksz CJ, Burton B, Fleming TR, et al. J Inher Metab Dis 2014;37:979-90.
2. Harmatz P, Mengel KE, Giugliani R, et al. Mol Genet Metab 2013;109:54-61.

## OPINIÓN DE EXPERTOS SOBRE EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CLN2

RPD  
014

*Guelbert N.<sup>1</sup>; Williams R.<sup>2</sup>; Adams H.<sup>3</sup>; Blohm M.<sup>4</sup>; Cohen-pfeffer J.<sup>5</sup>; De Los Reyes E.<sup>6</sup>; Denecke J.<sup>7</sup>; Drago K.<sup>8</sup>; Fairhurst C.<sup>2</sup>; Frazier M.<sup>10</sup>; Kiss S.<sup>11</sup>; Kofler A.<sup>12</sup>; Lawson J.<sup>13</sup>; Lehwald L.<sup>14</sup>; Leung M.<sup>15</sup>; Mikhailova S.<sup>16</sup>; Mink J.<sup>17</sup>; Nickel M.<sup>18</sup>; Shediak R.<sup>19</sup>; Sims K.<sup>20</sup>; Specchio, N.<sup>21</sup>; Topcu M.<sup>22</sup>; Von Löbbbecke, I.<sup>23</sup>; West, A.<sup>24</sup>; Schulz, A.<sup>25</sup>*

SECCIÓN ENF. METABÓLICAS - HTAL. DE NIÑOS DE CÓRDOBA<sup>1</sup>; EVELINA LONDON CHILDREN'S HOSPITAL, LONDRES, REINO UNIDO<sup>2,9,15</sup>; UNIVERSITY OF ROCHESTER SCHOOL OF MEDICINE, ROCHESTER, NY, ESTADOS UNIDOS<sup>3,17</sup>; UNIVERSITY MEDICAL CENTER HAMBURG-EPPENDORF, HAMBURGO, ALEMANIA<sup>4,7,25,18</sup>; BIOMARIN PHARMACEUTICAL INC., NOVATO, CA, ESTADOS UNIDOS<sup>5,19</sup>; NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL, COLUMBUS, OH, ESTADOS UNIDOS<sup>14</sup>; JOURNEYCARE FOR CHILDREN, CHICAGO, IL, ESTADOS UNIDOS<sup>6,8</sup>; BATTEN DISEASE SUPPORT AND RESEARCH ASSOCIATION (BDSRA), COLUMBUS, OH, ESTADOS UNIDOS<sup>10</sup>; WEILL CORNELL MEDICAL COLLEGE, NEW YORK, NY, ESTADOS UNIDOS<sup>11</sup>; BAMBINO GESÙ CHILDREN'S HOSPITAL, IRCCS, ROMA, ITALIA<sup>12,21</sup>; SYDNEY CHILDREN'S HOSPITAL, AUSTRALIA<sup>13</sup>; RUSSIAN REGIONAL PEDIATRIC HOSPITAL, MOSCÚ, RUSIA<sup>16</sup>; MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, BOSTON, MA, ESTADOS UNIDOS<sup>20</sup>; HACETTEPE UNIVERSITY, ANKARA, TURQUÍA<sup>22</sup>; PRACTICE PAEDIATRIC PHYSIOTHERAPY, HAMBURGO, ALEMANIA<sup>23</sup>; BATTEN DISEASE FAMILY ASSOCIATION (BDF), FARNBOURGH, REINO UNIDO<sup>24</sup>  
 <nguelbert@amnet.com.ar>

### OBJETIVOS

CLN2, enfermedad heredada, poco frecuente, de aparición pediátrica, con carácter neurodegenerativo rápidamente progresivo por depósito lisosomal causada por la deficiencia de la enzima TPP1, se caracteriza por retraso en el lenguaje, convulsiones, trastornos del movimiento, deterioro motor, la demencia, ceguera y muerte temprana. No existen guías de manejo para esta condición. Nuestro objetivo es profundizar en las estrategias de manejo actuales.

### MÉTODOS

24 expertos sobre la enfermedad (profesionales de la salud y representantes de pacientes) completaron una encuesta en línea con un grupo más pequeño que participó en una discusión sobre las prácticas de manejo.

### RESULTADOS

Los expertos comparten objetivos comunes en el manejo de los pacientes y sus familias. Objetivos e intervenciones evolucionan a medida que progresa la enfermedad, con un cambio de enfoque de mantenimiento de función en los inicios de la enfermedad hacia el mantenimiento de la calidad de vida (CdV). El objetivo de la medicación antiepiléptica es alcanzar el control de convulsiones

en forma suficiente para apoyar la función de manera balanceada respecto a los efectos secundarios. Los medicamentos antiepilépticos pueden tener una respuesta única en pacientes con CLN2. La carbamazepina y la fenitoína se deben usar con precaución. El ambiente escolar y familiar deben adaptarse para dar cabida a alteraciones del comportamiento/cognitivas y físicas para el beneficio continuo de mantener las interacciones sociales. Las terapias físicas, ocupacional y del habla deben iniciarse temprano y ser re evaluadas en forma frecuente, incluyendo el uso de dispositivos de adaptación para apoyar la función y la independencia. La inclusión de un equipo de cuidados paliativos el esencial poco después de que se haga el diagnóstico.

### CONCLUSIONES

Las prácticas de manejo de la enfermedad CLN2 son consistentes entre los expertos de todo el mundo. Un enfoque multidisciplinario es fundamental para la optimización de la atención y la calidad de vida de los pacientes y sus familias a lo largo del curso de la enfermedad. Este esfuerzo por identificar las prácticas comunes de manejo constituye un primer paso hacia el desarrollo de recomendaciones de manejo basadas en un consenso.



## SINDROME DE SHOCK TOXICO

Almada G.<sup>1</sup>; Dematteis V.<sup>2</sup>; Mugavero M.<sup>3</sup>

HOSPITAL DE JUNIN<sup>1,2,3</sup>

<gonzalodalmada@gmail.com>

RPD  
015

### DESCRIPCIÓN

Paciente de sexo femenino, 5 años, peso adecuado, vacunas completas, antecedente de Sibilante Recurrente, sana previa, que ingresa por un cuadro de 48 hs de evolución de Fiebre, tos productiva, vómitos, decaimiento. Se interna con diagnóstico de Neumonía Izquierda y Desaturación. SV: T 38,4°C, Sat AA 88%, FC 140x', FR 48x', TAS 100 TAD 50, relleno ungueal <2", pulsos periféricos positivos y simétricos, normohidratada, reactiva. Se realiza RX Tórax F: block de condensación en LII, HCX2, Lab: Hto 36%, Hb 12 gr/l, GB: 8.700(73/22), VES 52, Plaquetas 160.000, Urea 28, Creat 0,50. Se medica con: O2 CN, Ayuno, Ranitidina, HP NB, Ceftriaxona 80 mgr/k/día EV. A las 36 hs de internación permanece febril, con aumento del requerimiento de O2 por CN, FC 130x', FR 40x', TAS 95 TAD 50, relleno ungueal <2", PP+ y simétricos, normohidratada, reactiva, ligero rash escarlatiniforme no pruriginoso en cara anterior del tórax, menor entrada de aire en base izquierda, refiere dolor pleurítico, por sospecha de complicación con Derrame Pleural se realiza: RXToraxF: ídem anterior, Eco Pleura: sin derrame pleural, Lab: Hto 33% Hb 11gr/l, GB: 5.900(81/15), Plaquetas 160.00, VES 77, TP 63%, KPTT 42". Continúa con las mismas indicaciones. Durante las siguientes 12 hs persiste febril pero agrega exantema macular difuso, no pruriginoso que se extiende hasta por debajo de las rodillas, normotensa, normoperfundida, mucosas ligeramente secas, refiere sed y dolor pleurítico, por lo que por sospecha de Síndrome de Shock Tóxico pasa a UTIP: T38, 3°C, Sat 93% con 3 l O2 por CN... MR 12l Sat 97%, FC 138x', FR 48x', TAS 90 TAD 45, PP+ y simétricos, relleno ungueal <2", se realiza Expansión con SF 20 ml/k EV en 1 hora, y mientras tanto se realiza:

Eco Pleural: 27 mm de despegamiento izquierdo, HCX2, Lab: Hto 32%, Hb 10 gr/l GB: 9.200(82/18), VES 90, Plaquetas 213.000, Urea 22 Creat 0,48 Na 141, K 3,3 Cl 107, Ca 8,8, Mg 2, P 3,7, TGO 22, TGP 10, Albumina 3,3; EAB: 7,21/37/108/14/-11/97%. Se mantienen medidas de sostén y a las 5 hs ingresa a Quirófano donde se extraen 600 cc de material purulento y se coloca tubo de avenamiento pleural izquierdo. Se agrega Clindamicina 30 mgr/k/día EV al esquema antibiótico. A las 12 horas en UTIP febril, Sat 99% (10 l O2), FC 80x', FR 20 x', TAS 105 TAD 60, relleno ungueal <2", PP+ y simétrico, reactiva, vigil, comienza con líquidos por VO, tubo de avenamiento oscila con 200 cc débito purulento. Continúa con Ceftriaxona y Clindamicina. A las 36 hs continua febril, Sat 97% (1 l O2), FC 82x', FR 18x', normotensa, normohidratada, normoperfundida, reactiva, vigil, sin vómitos, tubo con escaso débito purulento; se recibe informe Cultivo Líquido Pleural + Streptococcus pyogenes, Hemocultivo ½ + Estreptococcus pyogenes. Ceftriaxona + Clindamicina, pasa a Sala General. Permanece 48 hs con Fiebre, BEG.

### CONCLUSIÓN

Debe iniciarse el tratamiento correspondiente lo antes posible: REANIMACION CON LIQUIDOS/eventual soporte con Inotrópicos/toma de cultivos/inicio de Antibióticos de amplio espectro: Clindamicina 30 mgr/k/día + Penicilina 300.000 mgr/k/día/evaluación quirúrgica para posible drenaje del foco.

## ENCEFALITIS DE RASMUSSEN, A PROPÓSITO DE UN CASO

GARCIA PALLOTTI, FACUNDO<sup>1</sup>; CASTIÑEIRA, MARIA EUGENIA<sup>2</sup>; DE LILLO, LEONARDO<sup>3</sup>; BAYAUT, NATALIA<sup>4</sup>; GUERRA, VICTOR<sup>5</sup>; SPISANTI, PABLO<sup>6</sup>; GARCIA FRETES, NOEMI<sup>7</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE (EX CASA CUNA)<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

RPD  
016

### INTRODUCCION

La encefalitis de Rasmussen es una alteración cerebral que genera atrofia unilateral y disfunción neurológica progresiva con convulsiones intratables. Su aparición, típica de la infancia, es esporádica y su etiología es probablemente autoinmune.

Presenta 3 estadios: prodrómico, agudo y residual. Sus manifestaciones son mayores en la fase aguda con convulsiones -polimórficas, unihemisféricas, progresivas y refractarias al tratamiento- hemiparesia, hemianopsia y deterioro cognitivo. Para el diagnóstico deben considerarse las manifestaciones clínicas y exámenes complementarios como EEG y RMN, de manera que se cumplan criterios diagnósticos.

### OBJETIVOS

Describir un caso de una patología neurológica poco común y de difícil tratamiento.

### CASO CLÍNICO

Consulta un paciente masculino de 11 años por labilidad emocional y disminución de la fuerza y movilidad de los miembros superior e inferior izquierdos de un mes de evolución. Sin antecedentes personales de relevancia, refiere como antecedentes familiares un tío materno con retraso mental y abuelos con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Al examen físico se constata hemiparesia braquiocrural izquierda con reflejos conservados.

Los exámenes de laboratorio fueron normales. El EEG muestra asimetría interhemisférica e hipovoltaje en hemisferio derecho, y la RMN

cerebral con contraste presenta atrofia cortical derecha. Mejora parcialmente con metilprednisolona y gammaglobulina, pero evoluciona luego con hiperreflexia, profundización de la hemiparesia y crisis focales en hemicuerpo izquierdo. La evolución clínica, el EEG y la RMN nos permitieron realizar el diagnóstico de encefalitis de Rasmussen.

### CONCLUSIÓN

La encefalitis de Rasmussen es una patología infrecuente que plantea diversos diagnósticos diferenciales con otras alteraciones neurológicas. El objetivo del tratamiento es el cese de las convulsiones y del progresivo déficit neurológico pero los anticonvulsivantes y las inmunoterapias son poco eficaces. La hemisferectomía podría lograr mejores resultados pero conlleva un déficit neurológico implícito. Esta enfermedad con un pronóstico desfavorable y discapacitante, deja abierto el planteo de nuevos tratamientos para lograr su manejo.





## SINDROME FEBRIL PROLONGADO

Maiolo L.<sup>1</sup>; Beaudoin M.<sup>2</sup>; Baldassarre L.<sup>3</sup>; Hernández R.<sup>4</sup>; Calleri B.<sup>5</sup>; De Lillo L.<sup>6</sup>; Fretes N.<sup>7</sup>; Gonzalez A.<sup>8</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR. PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<luciamaiolo@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Síndrome febril prolongado se define por la presencia de fiebre de 8 días de evolución sin datos en el estudio inicial que permitan su diagnóstico etiológico. La principal causa corresponde a entidades infecciosas, dentro de estas se trata en su mayoría de enfermedades frecuentes de presentación atípica. Siguen en frecuencia las enfermedades reumatológicas, inmunológicas y oncohematológicas. Un porcentaje permanecerá sin diagnóstico y evolucionará a la resolución espontánea. Existe un grupo de pacientes que en la evolución alejada presentará signos y síntomas que permitirán alcanzar un diagnóstico.

### OBJETIVO

Describir las etapas diagnósticas y la importancia del seguimiento de esta entidad para arribar al diagnóstico etiológico.

### CASO CLÍNICO

Niña de 5 años y 10 meses, sin antecedentes patológicos, consulta a guardia por registros febriles de 9 días de evolución sin otros síntomas acompañantes. Se solicita hemograma y orina completa (resultados dentro de valores normales), se cita a control ambulatorio en el cual se realiza ecografía abdominal y radiografía de tórax ambas sin particularidades. Niña persiste con registros febriles. Se decide su internación para profundizar los estudios. Al examen físico no presentó datos relevantes durante toda la internación; en una primer etapa se realizaron laboratorios (hemograma, hepatograma, proteinograma, PPD, urocultivo y hemocultivos) presentando como único dato

alterado eritrosedimentación globular de 70 mm/1<sup>h</sup>. La niña persiste con registros febriles diariamente. Se continua estudio solicitando serologías y perfil reumatológico (resultados dentro de valores de referencia); posteriormente se realiza tomografía toraco-abdominal y centellograma óseo corporal total que se informan sin imágenes patológicas. Por persistencia de fiebre se decidió realizar punción aspiración de médula ósea, la misma mostró resultados normales. Se decidió continuar evaluación ambulatoria, durante la cual presentó signos y síntomas compatibles con enfermedad reumatológica, realizándose posteriormente diagnóstico de artritis idiopática juvenil.

### CONCLUSIÓN

La evaluación por etapas de complejidad creciente permite investigar en principio patologías frecuentes para descartar posteriormente las de mayor gravedad. Es importante ante la ausencia de indicios en los exámenes complementarios asegurar un seguimiento clínico sostenido para, como en el caso de nuestra paciente, arribar al diagnóstico de manera precoz.

## SÍFILIS CONGÉNITA. PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA PATOLOGÍA FRECUENTE

Maiolo L.<sup>1</sup>; Beaudoin M.<sup>2</sup>; Ajzensztat J.<sup>3</sup>; Urtasun M.<sup>4</sup>; Calleri B.<sup>5</sup>; De Lillo L.<sup>6</sup>; Baldassarre L.<sup>7</sup>; Mazzeo C.<sup>8</sup>; Gonzalez A.<sup>9</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR. PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>

<luciamaiolo@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La sífilis es una patología de alta prevalencia en nuestro medio. El screening serológico en embarazadas permite el diagnóstico precoz de la forma congénita, así como su tratamiento adecuado y la prevención de complicaciones en recién nacidos, quienes habitualmente se presentan asintomáticos. Es importante conocer la amplia variedad de manifestaciones clínicas de la sífilis congénita a fin de reconocerlas en pacientes con status serológico desconocido.

### OBJETIVO

Describir una presentación clínica poco habitual de una patología frecuente.

### CASO CLÍNICO

Consulta en guardia niña de 57 días de vida con disminución de movilidad de brazo izquierdo. Afebril, en buen estado general. Durante la evaluación inicial, se constata paresia de miembros superiores, dolorosos a la palpación, al igual que los inferiores. Al examen físico presenta además, descamación palmo plantar de 15 días de evolución. Sin signos de compromiso de sistema nervioso central ni periférico. Ningún otro antecedente patológico a destacar según referencia materna. Se constatan serologías negativas del primer trimestre de embarazo. Para valorar sistema osteoarticular se solicitan radiografías de huesos largos donde se evidencia desprendimiento perióstico con

deflecamiento metafisario en miembros superiores e inferiores. Con presunción diagnóstica de Sífilis Congénita se le solicita VDRL a la niña resultando positiva (256 dils) confirmándose con anticuerpos específicos. Se interpreta cuadro como pseudoparálisis de Parrot. Ambos padres presentaron serología positiva.

### CONCLUSIÓN

La sífilis congénita es una enfermedad fácilmente prevenible, y posee un tratamiento específico y accesible. La importancia de la búsqueda activa de esta patología tanto en el control del embarazo como en los controles de salud de niños, radica en el gran porcentaje de pacientes asintomáticos y en la variabilidad de signos y síntomas que puede presentar la misma.



## ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE METAPNEUMOVIRUS

PO  
020

Sanchez Addario J.<sup>1</sup>; Pelagatti M.<sup>2</sup>; Sanz J.<sup>3</sup>; Cicchitti E.<sup>4</sup>

ANÁLISIS SITUACIONAL EN EL HOSPITAL A. FLEMING DE LA CIUDAD DE MENDOZA DURANTE LOS MESES DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2015. HOSPITAL ALEXANDER FLEMING DE MENDOZA<sup>1 2 3 4</sup>  
<lamarujacity@hotmail.com>

El Metapneumovirus humano (hMPV) fue aislado en muestras de aspirado nasofaríngeo de niños en el año 2001, en Holanda. Este virus pertenece a la familia paramixoviridae, al igual que el VSR. Se ha detectado en todos los continentes con incidencias variables. En Sudamérica, se han publicado casos en Brasil 11%, Argentina 17% y Chile 5.4%. Se manifiesta principalmente en invierno. Genera del 5 al 20 % de los cuadros respiratorios prevalentes en lugares donde no ha sido posible reconocer otro agente viral.

### OBJETIVO

Evaluar la tasa de circulación de hMTV, establecer su rol en la etiología de infecciones respiratorias en niños internados en Hospital A. Fleming desde junio a septiembre de 2015. Describir hallazgos clínicos y epidemiológicos asociados a la infección por hMPV.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Desde junio a septiembre de 2015 en el servicio de Bacteriología del Hospital A. Fleming fueron recibidas 277 muestras de aspirado nasofaríngeo de niños menores de 14 años extraídas en los servicios de internación pediátrica y Hospital de Día. Las mismas fueron procesadas por diferentes métodos para el diagnóstico virológico de Influenza A y B, VSR, Parainfluenza y Adenovirus. En aquellas muestras que resultaron negativas para estos virus se investigó la presencia de hMPV por Inmunofluorescencia directa. Tipo de estudio: Descriptivo, Retrospectivo y observacional.

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las 277 muestras de aspirado nasofaríngeo fueron testeados para detección de virus respiratorios comunes, resultando el 46.5% (129) positivos para al

menos uno de los virus estudiados: 115 VSR (41.5%), 3 Influenza A (1.08%) y 2 Parainfluenza 3 (0.72%). Se realizó la búsqueda de hMPV en las 149 muestras restantes de las cuales 9 (3,3%) resultaron positivos para el virus estudiado. En el periodo de tiempo y rango de edad estudiados, el hMPV ocupó el segundo lugar en cuanto a frecuencia después del VSR. hMPV fue más frecuente en menores de un año en un 70%. Entre las entidades clínicas, prevaleció la Bronquiolitis y la Bronquitis Obstructiva. No se observó preferencia por sexo. El promedio de días de Hospitalización fue de 6 días, con un promedio de 5 días de requerimiento de oxígeno. Además 1 de los 9 casos requirió cuidados intensivos. En este estudio identificamos hMPV en 3,3% de niños menores de 14 años internados por Infección Respiratoria Aguda en el Hospital Alexander Fleming durante el intervalo de junio--septiembre 2015, en quienes no se detectaron otros virus respiratorios. No obstante, considerando que se investigó la presencia de hMPV solamente en las muestras negativas para los demás virus estudiados y además que no se realiza dicho estudio con tanta asiduidad durante algunos meses del año (se explica por la baja incidencia de infecciones respiratorias durante los restantes meses del año) estimamos que la prevalencia podría ser mayor si se incluyeran las coinfecciones. En nuestra opinión el hMPV debería cobrar mayor consideración en la lista de posibles causas de internaciones por Infección Respiratoria Aguda y su detección incorporada en forma regular para disminuir los casos con etiología desconocida.

## ESQUEMAS TERAPÉUTICOS DE INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA EN SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ EN PEDIATRÍA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

PO  
021

Vasquez C.<sup>1</sup>; Lis D.<sup>2</sup>; Losi L.<sup>3</sup>; Díaz Pumará E.<sup>4</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>1 2 3 4</sup>  
<claudiacelestevazquez@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El uso de inmunoglobulina intravenosa (IGIV) forma parte de los pilares del manejo del síndrome de Guillain Barré. Se proponen diferentes esquemas terapéuticos, pero persiste la controversia sobre sus ventajas en la evolución de la enfermedad.

### OBJETIVOS

Evaluar la evidencia respecto a la eficacia de los diferentes esquemas terapéuticos de IGIV en el síndrome de Guillain Barré en pediatría.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó búsqueda bibliográfica en Medline, Cochrane, Google Scholar y Lilacs. Se incluyeron artículos originales y que incluyan niños dentro de su población. Se excluyeron artículos originales cuyo diseño sea reporte de casos o serie de casos.

### RESULTADOS

Se analizaron dos estudios. En el estudio 1 (ensayo clínico randomizado) la recuperación no difirió significativamente entre los niños tratados durante 2 días frente a 5 días (19 días frente a 13 días; p: 0,94). Se observó una diferencia significativa en las recaídas en el grupo que recibió la IGIV en 2 días que en el que la recibió en 5 días (5/23 versus 0/23; p: 0,049). En el estudio 2 (casos y controles) se observa que la mediana de recuperación de los pacientes que recibieron una dosis de IGIV en 2 días fue de 17,4 días (rango 5-51) y en los de 5 días de 20,8 días (rango 3-60).

### CONCLUSIÓN

No se observa diferencia en el tiempo de recuperación entre ambos esquemas. Existe una débil evidencia a favor del esquema de 5 días sobre el de 2 días, por presentar un menor número de recaídas temporarias tempranas. Palabras Claves: "Guillain-Barre Syndrome"- "Inmunoglobulins, intravenous"- "Child"



## INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR INGESTA DE MARIHUANA Y COCAÍNA

Labanca V.<sup>1</sup>; De Lillo L.<sup>2</sup>; Garcia Fretes N.<sup>3</sup>; Castiñeira M.<sup>4</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4</sup>

<vanosalabanca@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas constituye en la actualidad un importante fenómeno social que afecta especialmente a los adolescentes, siendo la marihuana y la cocaína sustancias de uso habitual. Son pocos los casos de ingesta accidental reportados en niños, por lo que habitualmente no se considera esta intoxicación como diagnóstico diferencial.

### OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de intoxicación accidental por marihuana y cocaína en paciente pediátrico.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años previamente sano, que consulta acompañado por su madre a la guardia externa del HGNPE, por caída de su propia altura de 3 hs de evolución. Al ingreso se encontraba en regular estado general, afebril, hiporeactivo, con sensorio alternante, eucárdico, normotenso, con pupilas isocóricas y reactivas e inyección conjuntival; sin signos de foco ni meníngeos, presentando hipertensión generalizada con miembros superiores en extensión y rotación externa. Se solicita laboratorio, con resultado normal. Es evaluado por Neurocirugía, quienes indican realización de TAC de cerebro, resultando dentro de parámetros normales. Profundizando la anamnesis, la madre refiere haber dejado al niño, al cuidado del hermano adolescente, hallando restos de papel y hierbas en el pañal. Con sospecha de ingesta accidental de sustancias, toxicología

efectúa búsqueda de tóxicos en orina, siendo positiva para cannabinoides y cocaína. Se coloca un plan de hidratación parenteral y se decide su internación, indicándose pasaje de carbón activado de forma seriada. El paciente evoluciona favorablemente con mejoría del sensorio, y resolución completa de los síntomas a las 10 hs de haberse internado. Previo a su egreso se realiza la intervención familiar por el servicio de violencia familiar.

### CONCLUSIONES

El abuso de sustancias ilícitas, es una problemática cada vez más frecuente en la práctica clínica pediátrica que involucra adolescentes. Sin embargo, existen escasos reportes de intoxicaciones accidentales en infantes, lo que podría deberse a su baja sospecha como diagnóstico diferencial en este rango etario, como también al ocultamiento del consumo en el ámbito familiar. Esto puede conducir a realizar estudios e instaurar tratamientos innecesarios para patologías que cursan con una signo-sintomatología similar. Es menester, además de realizar un adecuado examen clínico neurológico en niños con alteración del sensorio, resaltar la importancia de una adecuada anamnesis.

## PREVENCIÓN DE LA HEPATOPATÍA CON EL USO DE NPT

More N.<sup>1</sup>; De Lillo L.<sup>2</sup>

HTAL ELIZALDE<sup>1,2</sup>

<morenatalia@yahoo.com.ar>



### INTRODUCCIÓN

La nutrición parenteral (NPT) es una alternativa de nutrición en pacientes sin la posibilidad de alimentarse en forma enteral, aunque sus complicaciones a largo plazo pueden ser determinantes. Las estrategias para evitar la hepatopatía asociada a la NPT puede hacer que su pronóstico mejore sustancialmente.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de un paciente con insuficiencia intestinal que presentó complicaciones hepáticas de la NPT y destacar las estrategias utilizadas para evitar su deterioro.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 10 meses, que a los 4 días de vida presenta vólvulo intestinal por lo que requiere cirugía de resección de gran parte de intestino, dejando una gastrostomía e ileostomía, alimentándose por vía parenteral. A los 4 meses de NPT comienza con alteración de transaminasas hepáticas y factores de la coagulación. A pesar del ciclado de la NPT y el uso de protectores, el deterioro continúa, siendo el próximo paso el trasplante hepático-intestinal combinado.

### DISCUSIÓN

Existen diversos factores asociados con la aparición de la afectación hepática en pacientes con NPT. Se pueden dividir en tres grandes grupos: 1) derivados de la alteración de la función intestinal secundaria a la ausencia de estímulos enterales (atrofia vellositaria, alteración de la motilidad, sobrecrecimiento bacteriano); 2) componentes de la NPT que actúen como tóxicos para el hígado o la ausencia de determinados nutrientes que ocasionen afectación

hepática (excesivo aporte calórico, uso de dextrosa, lípidos y aminoácidos) y 3) la contribución de la enfermedad de base (prematurez, bajo peso al nacer, sepsis, insuficiencia intestinal, medicación).

Cuando aparece una bilirrubina directa > 2 mg/dl durante un periodo largo y persiste la necesidad de NP es necesario primero descartar otras posibles causas de afectación hepática y luego minimizar los factores de riesgo.

### CONCLUSIÓN

La afectación hepática en pacientes con NPT es una complicación frecuente en pediatría y tiene asociación con la insuficiencia intestinal por intestino corto tanto por su fisiopatología como por su uso prolongado. Evitar la sobrealimentación, proporcionar un aporte equilibrado de nutrientes, disminuir los aportes de cobre y manganeso, el ciclado de la NPT y el uso precoz de la nutrición enteral proporcionarían una estrategia eficaz para el manejo de la hepatopatía asociada a NPT.



## REVISIÓN SISTEMÁTICA: “ÁCIDO VALPROICO VS. OTRAS DROGAS ANTICONVULSIVANTES O NO TRATAMIENTO, PARA PROFILAXIS DE RECURRENCIA DE CONVULSIONES FEBRILES”

PO  
026

Lorenzo M.<sup>1</sup>; Reynoso J.<sup>2</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2</sup>  
<marianolorenzo84@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Las convulsiones febriles son el trastorno convulsivo más común en niños menores de 5 años. Después de una primera convulsión febril, alrededor del 33% de los niños experimentan una o más recurrencias, y alrededor del 9% tienen 3 o más. Debido a que los riesgos asociados con las convulsiones febriles simples son tan bajos, excepto la recurrencia, y porque el número de niños que tienen convulsiones febriles en los primeros años de vida es tan alto, una terapia propuesta tendría que ser extremadamente baja en riesgos, efectos adversos, de bajo costo y altamente efectivas.

### OBJETIVOS

Revisar la evidencia disponible sobre el uso del Ácido Valproico en pediatría y valorar si existe evidencia científica que avale la eficacia y seguridad del fármaco comparado al uso de otros Anticonvulsivantes o el no tratamiento en niños con un primer episodio de convulsión febril.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática utilizando bases de datos de Medline, LILACS, Cochrane y Google académico. Se analizaron mediante las guías de J.A.M.A. los ECA y metanálisis que evalúen la eficacia del uso del Ácido Valproico vs otros Anticonvulsivantes o el no tratamiento hasta Diciembre 2012 en idiomas Inglés-Español. Se incluyeron pacientes de 0 meses a 60 meses con un primer episodio de convulsión febril simple.

### RESULTADOS

De 44 artículos encontrados, 29 se descartaron por no responder a la pregunta, 8 fueron descartados por inaccesibilidad al texto original, 1 se descartó por ser la población ratas y sólo se incluyeron, 3 ECA y 3 metanálisis que compararon la eficacia del uso de Ácido Valproico vs otros Anticonvulsivante o no tratamiento. Los resultados arrojan discrepancias; en algunos estudios el Ácido Valproico disminuyó el índice de recurrencia de convulsiones febriles comparado con el no tratamiento, no se encontró mayor eficacia frente a otras drogas anticonvulsivantes, como diazepam o fenobarbital, mientras que en otros no se encontró beneficios alguno.

### CONCLUSIÓN

En algunos estudios el Ácido Valproico disminuyó el índice de recurrencias, en otros las recurrencias fueron mayores que en el grupo control. Al comparar la eficacia contra la de otras drogas anticonvulsivantes las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Por lo tanto, no existe evidencia suficiente que permita recomendar o no recomendar el uso de Ácido Valproico para la prevención de las recurrencias de convulsiones febriles en niños con factores de riesgo para el desarrollo posterior de epilepsia.

## ABSCESO CEREBRAL EN UN PACIENTE PEDIATRICO

RPD  
027

Melnechuk, Patricia Natalia<sup>1</sup>; Ledesma, Juan Jose<sup>2</sup>; Kallsten, Diego<sup>3</sup>; Pintos, Marcela Beatriz<sup>4</sup>; Ptaszenczuk, Yanina Evelyn<sup>5</sup>; Rugilo, Carlos Adrian<sup>6</sup>  
HOSPITAL DE PEDIATRIA DR. FERNANDO BARREYRO<sup>1,2,4,5</sup>; HOSPITAL ESCUELA DE AGUDOS DR. RAMON MADARIAGA<sup>3</sup>; HOSPITAL J.P. GARRAHAN<sup>6</sup>

### INTRODUCCIÓN

El Absceso Cerebral (AC), es una Infección intracerebral focal (mortalidad 14%-secuelas 20-70%), que inicia como un área localizada de cerebritis y evoluciona a una colección, rodeada por una cápsula en cuatro etapas: cerebritis precoz (1-3d), cerebritis tardía (4-9d), cápsula precoz (10-13d) y cápsula tardía completa (>14d). El 25% ocurre en niños, generalmente de un foco contiguo: otitis, sinusitis, con cefalea sin rasgos distintivos y la triada clásica solo existe en menos del 50%, lo que condiciona un retraso del diagnóstico. Las punciones lumbares son contraindicadas por el riesgo de herniaciones. Los estudios de imágenes han revolucionado el diagnóstico oportuno de la lesión y con la espectroscopia y la difusión se ha aumentado la especificidad diagnóstica.

### OBJETIVOS

Presentar un caso poco frecuente que representa dificultad diagnóstica clínica en nuestro medio.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 9 años con antecedentes de Cavernoma de la Porta corregido quirúrgicamente a los 4 años, medicado con ranitidina y AAS. Presentó cefalea de 20 días de evolución y herida en pie por espina, agregándose a los 15 días, fiebre y vómitos, que ante la epidemia de Dengue cumplió reposo y paracetamol. Finalmente consultó por parestesias de miembro inferior derecho, internándose por cuadro de deshidratación, con alteración del sensorio, desorientación, ataxia, rigidez de nuca. TC de

cerebro: voluminosa masa expansiva intra-axial (75x43x70mm) occipito-parietal izquierda, heterogénea, bordes irregulares con marcado edema perilesional vasogénico que desplaza línea media, borramiento de los surcos de la convexidad, colapso de cisternas de la base, y del sistema ventricular supratentorial planteándose como primer diagnóstico: tumor cerebral. En la RNM de cerebro: la lesión descrita presenta marcados signos de restricción molecular acuosa en difusión con caída neta de la señal en ADC. En espectroscopia hubo marcado incremento de lípidos, ác. láctico y de algunos aminoácidos como el succinato, ligera disminución de NAA/Cr, sin incremento de colina/Cr. Dichos hallazgos fueron compatibles con un absceso piógeno. Se instauró tratamiento empírico inicial: Vancomicina-Metronidazol-Ceftazidima y neuroquirúrgico. Se recuperó con un mínimo de secuelas.

### CONCLUSIÓN

El caso clínico planteó diagnósticos diferenciales, siendo categóricas las secuencias de difusión-ADC y la espectroscopia para el diagnóstico de AC, con cápsula completa. Además concluimos que fue una siembra hematogena, sin focos contiguos y por su ubicación.





## TUNGIASIS PENETRANS EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Sero D.<sup>1</sup>; Cabral S.<sup>2</sup>; Frasca V.<sup>3</sup>; Gamarra M.<sup>4</sup>; Casco D.<sup>5</sup>; Torres H.<sup>6</sup>; Torres Aguirre E.<sup>7</sup>; Benmaor C.<sup>8</sup>

HOSPITAL PROVINCIAL DE PEDIATRÍA DR FERNANDO BARREYRO POSADAS MISIONES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

<daianasero@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Tunga penetrans es una especie de insecto sifonaptero de la familia Hectopsyllidae. Es un tipo de pulga que ataca la piel. Afecta principalmente la piel de las extremidades. Como las niguas pasan generalmente la mayor parte del tiempo en suelos mojados y sucios, los humanos son más propensos a contraer estos parásitos en corrales de vacas y chanchos, o caminando descalzo o con sandalias por este tipo de suelos. No obstante, como la mayoría de las pulgas, pueden saltar hasta 20 cm. y llegar a otras partes del cuerpo, con preferencia por áreas de piel más blanda como la región periungueal.

El diagnóstico de esta ectoparasitosis resulta dificultoso para el médico que no está habituado.

### OBJETIVO

Presentar casos de tungiasis penetrans en pacientes pediátricos de resolución quirúrgica.

### CASOS CLÍNICOS

Pacientes de sexo masculino de 4 y 7 años, hermanos, sin antecedentes perinatólogicos ni patológicos a destacar, de mal medio social, que comienzan aproximadamente 3 meses previos a la consulta con lesiones pruriginosas en manos y pies, hipertermia no cuantificada y progresiva dificultad para la deambulación. Se realiza diagnóstico clínico de tungiasis penetrans.

### TRATAMIENTO

Se realiza exéresis en quirófano bajo anestesia general, de tungas con cureta.

Evolución favorable a las 48hs con curas planas y alta a las 72hs.

### CONCLUSIÓN

La tungiasis es una ectoparasitosis endémica en Misiones, generalmente, en pacientes de mal medio social, se observan casos de compromiso extenso. Siempre se deben buscar otros ectoparásitos como pediculosis. La exéresis resulta un tratamiento eficaz con excelentes resultados a las 48hs.

## CELULITIS NECROTIZANTE PERINEAL DE PRESENTACIÓN NEONATAL

Sero D.<sup>1</sup>; Cabral S.<sup>2</sup>; Frasca V.<sup>3</sup>; Gamarra M.<sup>4</sup>; Casco D.<sup>5</sup>; Torres H.<sup>6</sup>; Torres Aguirre E.<sup>7</sup>; Benmaor C.<sup>8</sup>

HOSPITAL PROVINCIAL DE PEDIATRÍA DR FENANDO BARREYRO POSADAS MISIONES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

<daianasero@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La fasciitis necrotizante (FN) es una infección severa e infrecuente que afecta a los tejidos blandos subcutáneos, en especial la fascias. Es común en extremidades inferiores, pared abdominal, áreas perineal e inguinal. El índice de mortalidad varía entre 20 a 67 %, mayor aun en neonatos. Objetivo: notificar la experiencia con de un caso. Generalmente se le asocia a traumatismos, lesiones de varicela, infecciones postcircuncisión y onfalitis, y hay casos reportados en pacientes sometidos a quimioterapia, en los receptores de trasplante y en la infección por VIH/SIDA.

### REPORTE DE CASO

Paciente del sexo masculino. Peso: 4.500kg. Madre diabética. \*5 días de vida. Presenta celulitis perianal a predominio derecho. Afebril. Eco: celulitis. Sin colección. Se medica: Ampicilina-gentamicina-metronidazol.

\* 6to. día de vida. Progresión de cuadro perineal a región inguinal y región perineal. Celulitis necrotizante. Se decide cirugía. Colostomía sigmoidea a cabos divorciados. Drenaje perineal e inguinal con drenajes laminares.

\* 8vo día de vida. Progresa proceso infeccioso, compromete región inguinal, escroto. Afebril. Cirugía. Toilette. Drenajes. Nuevas fasciotomías. Ceftriaxona-amika-vanco.

\* 9no día. Cirugía: resección de zona necrótica. Cura con gasas yodoformadas. Cultivos -.

12vo día. Cirugía: resección de pequeñas zonas de grasa necrosadas. Cultivos -.

Anatomía patológica: Necrosis total de la epidermis. Trombosis de la microvasculatura. Necrosis y gangrena del tejido graso.

Buena evol. Lecho quirúrgico granulando. Con azúcar. Tolerando pecho.

Ostoma vital y +.

\* 30 días. Injerto de piel.

\* 5 meses: Anorrectoplastia

\* 6 meses. Buena evol POP. Herida bien. Dilat con bújia 11Fr. Buen pasaje. Dilatar con búj 12 Fr.

\* 8 meses: Cierre de colostomía. Buena evolución.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico precoz es de fundamental en la FN por la gravedad y velocidad con que evoluciona el proceso. El tratamiento quirúrgico precoz y la antibioticoterapia son los pilares fundamentales del manejo de esta patología.



## DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE DIVERTÍCULO DE MECKEL COMPLICADO

Sero D.<sup>1</sup>; Cabral S.<sup>2</sup>; Frasca V.<sup>3</sup>; Gamarra M.<sup>4</sup>; Casco D.<sup>5</sup>; Torres H.<sup>6</sup>; Torres Aguirre E.<sup>7</sup>; Benmaor C.<sup>8</sup>  
HOSPITAL PROVINCIAL DE PEDIATRIA DR FENANDO BARREYRO POSADAS MISIONES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

<daianasero@hotmail.com>



Opción a premio

### INTRODUCCIÓN

Se define al Divertículo de Meckel como la evaginación del borde antimesentérico del intestino delgado (ileon), localizado a menudo a menos de 90 cm. de la válvula ileocecal. Frecuentemente se asocia a mucosa heterotópica (gástrica o pancreática) en su luz, que puede dar lugar a complicaciones como obstrucción, hemorragia, inflamación, vólvulo y perforación del intestino, lo cual convierte a esta patología en prioritaria al pensar en causas de abdomen agudo quirúrgico de la niñez.

### OBJETIVO

Reportar caso de divertículo de Meckel complicado, con diagnóstico ecográfico.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 5 años de edad, sin antecedentes perinatólogicos ni patológicos a destacar, consulta por 12 hs de evolución de dolor abdominal peri umbilical y vómitos alimentarios. Se solicitó RX y ecografía abdominal.

Ecografía abdominal: en región infraumbilical se observa imagen tubular dolorosa, con líquido en su interior, peritoneo ecogénico circundante, asas distendidas sin peristaltismo, líquido libre. Compatible con divertículo de Meckel.

Qx: se observa 50cm de ileon necrosado secundario a vólvulo que presenta como pie del mismo al divertículo de Meckel, se realiza resección ileal a 5cm de la válvula ileocecal. Anastomosis entérica.

Evolución favorable. Alta a los 8 días po.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico ecográfico de divertículo de Meckel complicado es factible si se cuenta con personal capacitado tanto en ecografía como en clínica pediátrica.

## ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA EN PEDIATRÍA

Labanca V.<sup>1</sup>; De Lillo L.<sup>2</sup>; Mazzeo C.<sup>3</sup>; Morikone A.<sup>4</sup>; Garcia Fretes N.<sup>5</sup>  
HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5</sup>

<vanesalabanca@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

En los últimos años en Argentina se ha visto un aumento de los casos de Enfermedad inflamatoria intestinal (EII), como resultado de una mayor sospecha diagnóstica ante síntomas persistentes o recurrentes como dolor abdominal, diarrea, proctorragia, pérdida de peso y otros síntomas extradigestivos como retraso ponderoestatural. El 25% de los pacientes con EII debutan antes de los 20 años, siendo la Colitis ulcerosa el tipo más prevalente (63%). El Registro Nacional de EII Pediátrica determinó en un estudio prospectivo que la media del tiempo transcurrido entre el debut y el diagnóstico es de 11 meses.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de hemorragia digestiva baja por colitis ulcerosa en paciente adolescente

### CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años de edad, previamente sana, que concurre a la guardia de nuestro hospital por deposiciones diarreicas de 3 semanas de evolución asociadas a dolor abdominal. En la última semana las mismas se acompañan de contenido hemático con presencia de coágulos y episodios de rectorragia. Al examen físico se encuentra, afebril, en suficiencia cardiorespiratoria con abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, observándose palidez mucocutánea generalizada. Se realiza laboratorio completo, que solo evidencia anemia. Se realiza Rx de abdomen de pie, que muestra asas

intestinales distendidas, sin niveles hidroaéreos. Se descarta abdomen agudo quirúrgico, se coloca hidratación parenteral, protección gástrica, sonda nasogástrica abierta, y se decide su internación para diagnóstico y tratamiento. El servicio de gastroenterología realiza videoendoscopia digestiva alta y baja, observando colon con patrón mucoso perdido y patrón vascular ausente; compromiso simétrico y continuo, con sangrado en napa permanente. La anatomía patológica informa Colitis Ulcerosa crónica con moderada actividad histológica. Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona (4), metronidazol 20mg/kg/día (10 días) y mesalazina 100mg/kg/día. Al externarse, continúa tratamiento ambulatorio con mesalazina y meprednisolona 40mg/día.

### CONCLUSIONES

La EII es un trastorno de etiología idiopática, que constituye una de las causas de hemorragia digestiva baja en pediatría. A diferencia de la EII del adulto, la forma pediátrica puede alterar el crecimiento ponderoestatural en más del 40% de los pacientes, siendo menester sospechar esta entidad a fin de efectuar un diagnóstico precoz e instaurar la terapéutica adecuada. Ambas formas de EII, tienen un curso crónico, con reagudizaciones periódicas y no existe un único esquema terapéutico sino que deben implementarse distintas combinaciones de fármacos conjuntamente con un adecuado seguimiento nutricional.



## PURPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH EN LA INFANCIA. ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

PO  
032

Hortas M.<sup>1</sup>; Mastri M.<sup>2</sup>; Fabi M.<sup>3</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS DE LA PLATA<sup>1,2,3</sup>  
<hortasmaria@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La purpura de Schonlein Henoch (PSH) es una de la vasculitis más frecuentes de la infancia. De etiología desconocida, se caracteriza por compromiso cutáneo, articular, gastrointestinal y renal. Se observa en niños entre 3 y 15 años. Existen pocos reportes con series numerosas de pacientes que muestren las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad, como los realizados por Saulsbury reportando 100 pacientes, Sano y col. 134 pacientes, Calviño y col 78 pacientes; y Trapani y col. con 150.

### OBJETIVO

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con diagnóstico de PSH atendidos en el Servicio de Reumatología de nuestro hospital desde enero de 2012 hasta enero de 2016; y compararlos con la literatura existente.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio retrospectivo, analizando historias clínicas de pacientes que concurren al consultorio de Reumatología, entre enero de 2012 y enero de 2016. Todos eran mayores de 2 años, y cumplían criterios de clasificación ACR modificados para PSH. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos, además de alteraciones hematológicas, tratamiento y recaídas.

### RESULTADOS

Se incluyeron un total de 91 pacientes, de los cuales 54% fueron mujeres, con una relación mujer/varón de 1.1:1 y un promedio de edad de 7,5 años. El 44% refirió infección previa, siendo lo más frecuente catarro de vía aérea superior. El 100% presentó compromiso cutáneo y el 43% articular, predominantemente de tobillos. En el 26% se observó compromiso gastrointestinal, y solo uno presentó intususcepción. El 18% manifestó compromiso renal, con hematuria en todos los casos. Un paciente presentó compromiso pulmonar, uno cefalea y dos compromiso testicular. Las alteraciones de laboratorio más frecuentes fueron leucocitosis y hematuria. El 100% cumplió reposo, el 19% recibió AINES, y el 33% corticoides, la mayoría sin compromiso que lo justifique. El 14% presentó recaídas.

### CONCLUSIÓN

Los hallazgos clínicos y epidemiológicos en nuestra población son similares a los descriptos en la literatura. Sin embargo la edad promedio resultó ser mayor, y no hubo diferencia en la distribución por sexo. Asimismo observamos menor proporción de compromiso articular, gastrointestinal y renal. Encontramos en nuestra serie un alto porcentaje de pacientes tratados con corticoides, aunque existen indicaciones específicas que creemos deben recordarse. El pronóstico fue excelente, confirmando así la benignidad de la PSH.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: MOVIMIENTOS ANORMALES EN UN PACIENTE CON FIEBRE REUMÁTICA

RPD  
033

Janer Tittarelli M.<sup>1</sup>; Limardo P.<sup>2</sup>; Suco Valle S.<sup>3</sup>; Tantera M.<sup>4</sup>; Penecino M.<sup>5</sup>; Torrents M.<sup>6</sup>; Sosa R.<sup>7</sup>; Pringe A.<sup>8</sup>  
HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
<agusjaner@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La Fiebre Reumática (FR) es una enfermedad inflamatoria sistémica, caracterizada por la existencia de lesiones que pueden afectar articulaciones, piel, corazón y sistema nervioso. Es secuela de una infección faríngea causada por el Estreptococo beta hemolítico del grupo A. El cuadro clínico clásico va precedido, 2-3 semanas antes, por una faringoamigdalitis estreptocócica, adenopatías, fiebre, dolor abdominal y a veces exantema escarlatíniforme, apareciendo posteriormente la sintomatología propia de la enfermedad. Para su diagnóstico hay una serie de criterios. Entre los criterios mayores: artritis, carditis, eritema marginado, nódulos subcutáneos y corea menor o de Sydenham (CS). La CS es considerada una manifestación tardía, cursa con movimientos inordinados, muecas, irritabilidad, torpeza y alteraciones del carácter, presentándose solamente en un 2% de los casos. Puede tener una intensidad y evolución variable, desde formas articulares puras a formas con corea o carditis aisladas o asociaciones. La gravedad viene determinada por las secuelas cardíacas que pueden producirse. Su tratamiento es la penicilina y profilaxis para prevenir recaídas.

### OBJETIVOS

Describir un caso de FR en una paciente que inicia con sintomatología muy poco específica y difícil diagnóstico solapado por la clínica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 13 años que consulta a la guardia por presentar movimientos estereotipados de las manos y faciales de 10 días de evolución. No refiere antecedentes personales ni familiares de relevancia. Al examen físico eucárdica, eupnéica, soplo sistólico 3/6 en mesocardio; vigil, reactiva, conectada, marcha inestable con aumento de la base de sustentación, movimientos coreoatetóticos de manos y orofaciales. Se plantearon como diagnósticos diferenciales intoxicación, masa cerebral, alteración psiquiátrica, LES y FR. Se solicitaron como estudios complementarios tóxicos en orina (negativos), TAC y RMN de cerebro (normal), Fondo de ojo (normal), EEG (normal), Ecocardiograma (insuficiencia mitral leve a moderada, válvula engrosada, sin derrame pericárdico y buena función del VI), hemograma, serologías virales, ASTO, PPD (normales). Se concluyó como diagnóstico el de FR. Inicio tratamiento con clorpromacina y haloperidol mejorando con esto la corea y posterior profilaxis con penicilina.

### DISCUSIÓN O CONCLUSIÓN

La CS si bien es considerada un criterio mayor para el diagnóstico de la FR, se presenta únicamente en un 2% de los casos. Los sedantes y antipsicóticos son un buen tratamiento para disminuir los síntomas. Con un tratamiento adecuado y controles cursa sin complicaciones.



## A PROPÓSITO DE UN CASO DE OSTEOMIELITIS COMPLICADA CON PIOMIOSITIS, POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO SENSIBLE

RPD  
034

Díaz F.<sup>1</sup>; Lepetic S.<sup>2</sup>; Ramos L.<sup>3</sup>; Bickham D.<sup>4</sup>; Mazza J.<sup>5</sup>

HOSPITAL ONATIVIA<sup>1,2,3,4,5</sup>

<fedes\_diaz@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La osteomielitis (OM) en pediatría predomina en el sexo masculino, menores de 5 años siendo la metáfisis femoral la más afectada. El *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMRC) es el agente causal más frecuente. La piomiositis es una infección bacteriana del músculo esquelético.

### OBJETIVOS

Presentar un caso de OM complicada con piomiositis extensa por SAMS y describir brevemente la infección por *Staphylococcus aureus* (SA) en nuestro hospital desde 2007 a 2015.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 13 años, que consulta por impotencia funcional en miembro inferior izquierdo de 6 meses de evolución, con placa eritematosa e indurada de 10 por 20 cm en cara laterodistal del muslo de 3 semanas de evolución, sin patología de base, antecedentes de traumatismo, heridas ni picaduras. Leucocitos 8060/mm<sup>3</sup> (64 % neutrófilos) ESD >120 y PCR 81. Se realiza interconsulta con servicio de Traumatología quienes solicitan radiografía frente y perfil de fémur y ecografía de cadera y muslo interpretando cuadro como posible OM crónica vs. tumor óseo. Se realiza intervención quirúrgica para drenaje, toilette y toma de biopsia, la cual se deriva al Servicio de Oncohematología de Hospital Pediátrico, siendo compatible con OM. La RMN demuestra afectación de la diáfisis proximal femoral y del plano muscular adyacente. El cultivo de lesión positivo

SAMS, hemocultivos negativos. Cumple 3 semanas de tratamiento endovenoso con clindamicina y rifampicina luego cefalotina completando 2 semanas vía oral con cefalexina. Reingresa al mes para toilette quirúrgica de involucro y fístula de osteomielitis crónica, la evolución fue favorable.

### CONCLUSIÓN

Las infecciones por SA crecieron en forma exponencial a nivel mundial a expensas del SAMR, la tasa de SAMR/SAMS varía de una región geográfica a otra. En nuestro hospital se registraron en los últimos 9 años 333 casos de infecciones por SA niños de 3 meses a 14 años. Predomino sexo masculino, edad media 5 años, 17% infección invasiva, 89.4% SAMRC y 10.6% SAMS. La presencia de la PVL está relacionada con necrosis y daño tisular y es fuertemente asociada a las infecciones por SAMR, aunque el SAMS puede presentarla. La PVL explicaría el daño muscular extenso que presentó nuestra paciente. En las infecciones por SA la clindamicina y el linezolid reducen la concentración de exotoxinas. Nuestra paciente recibió 13 días de clindamicina dado que sospechamos la presencia de PVL y se rotó a cefalotina al tener la sensibilidad del SA.

## COMO SE ENFRENTAN LOS ADOLESCENTES A LA EPIDEMIA DEL HIV

PO  
035

Serrano Redonnet C.<sup>1</sup>; Rava F.<sup>2</sup>

HOSPITAL DE CLINICAS<sup>1,2</sup>

<candeserranor@gmail.com>

El virus de la inmunodeficiencia humana o VIH es un virus que afecta el sistema inmunológico. Una persona puede estar infectada con el virus y no haber desarrollado manifestaciones clínicas pero si puede transmitirlo a otros. Hoy el factor de riesgo más importante para contraer la enfermedad son las relaciones sexuales desprotegidas. En Argentina 126.000 personas conviven con la enfermedad (prevalencia de 0,4%). 30% acceden al diagnóstico en forma tardía, estos son sin saberlo transmisoras (inconsistentemente) del virus. En diferentes estudios se ha visto que los diagnósticos tardíos ocurren más frecuentemente entre aquellas personas que no son conscientes del riesgo de haber contraído HIV incluyendo jóvenes. El aumento de los casos de SIDA en adultos jóvenes, hace pensar que un alto porcentaje de ellos se infectó durante la adolescencia.

Fueron realizadas 70 encuestas para indagar el grado de información y cumplimiento de los estándares de cuidado en lo relativo a la salud sexual y prevención del HIV de la población adolescente que asistió al Programa de adolescencia nuestro Hospital. El 56% de los adolescentes encuestados refirieron haber iniciado sus relaciones sexuales, siendo la media de edad de inicio de 14,4 años. 9,6% refirió utilizar como método anticonceptivo (MAC) anticonceptivos orales (ACO), 38% preservativo, 41,9% doble protección (preservativo mas ACO). 58% refirió utilizar el preservativo en todas sus relaciones sexuales y durante todo el acto sexual mientras que el 25% lo utilizó sólo a veces y sólo parcialmente durante el acto sexual. 98% manifestó haber recibido información en relación a educación sexual en la escuela, el 61% en sus casas, el 40% en el ámbito de la salud y el 43% recibieron información de sus amigos.

El 90% refirió conocer las vías de transmisión del virus. 83% mencionó las relaciones sexuales sin protección con personas infectadas, 76% por el uso compartido de agujas de inyección de drogas intravenosas, el 70,9% por mantener relaciones sexuales sin protección con personas que desconocen si esta infectadas, el 56% por transmisión vertical. El 83% de los pacientes encuestados refirieron desconocer su status serológico y el 63,6% refirió que les gustaría realizar el test.

Según los datos obtenidos de este trabajo podemos reconocer que en nuestra población existe el deseo y la necesidad de saber sobre temas relacionados a la salud sexual y VIH. La mayoría de los encuestados desconoce aunque le gustaría saber su estado serológico. La American Academy of Pediatrics recomienda que el testeo de rutina de HIV debe ser ofrecido a todos los adolescentes al menos entre los 16 y 18 años cuando la prevalencia de HIV en un país es mayor al 0.1%. Estas recomendaciones fueron formuladas en base a estadísticas que sugieren que si se testea solos a aquellas personas que tienen factores de riesgo no se identifica a una importante población que presenta la enfermedad y no lo conoce. Frente a los resultados obtenidos es de fundamental importancia que los profesionales de la salud estemos capacitados para un abordaje integral de esta temática logrando una consejería oportuna para la prevención y detección del VIH así como implementar el testeo universal de HIV en todos los adolescentes según factores de riesgo y por lo menos una vez a partir de los 16 años.





## INFECCIÓN SEVERA POR SAMR DE LA COMUNIDAD CON COLECCIÓN DESDE DIAFRAGMA HASTA MUSLO

RPD  
036

Buscio M.<sup>1</sup>; Galvagno M.<sup>2</sup>; Ciavatta J.<sup>3</sup>; Donato M.<sup>4</sup>; Perez G.<sup>5</sup>; Ceballos V.<sup>6</sup>; Arpi L.<sup>7</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<marielabuscio@gmail.com>

Paciente de 14 años, previamente sano, que ingresa el 8/3/16 derivado de un hospital general con diagnóstico de Absceso de Psoas. El cuadro se inició 12 días antes, cuando sufre caída desde su propia altura. Luego comienza con dolor en fosa ilíaca y mulso derecho. El 7/3 consulta y lo internan, le realizan ecografía abdominal con aumento del tamaño del psoas iliaco derecho, de ecoestructura heterogénea con áreas líquidas, compatible con absceso de dicho musculo. Derivan a este hospital para tratamiento quirúrgico. Ingresa en mal estado general, afebril, emaciado, taquicárdico, taquipneico, pálido, con dolor abdominal severo que dificultaba la palpación y requerimiento de morfina a altas dosis. En este hospital se realizan: - Ecografía abdominal: ocupación del espacio subhepático, subfrénico derecho, región parietocólica derecha, extendiéndose hasta hemipelvis derecha por líquido particulado ecogénico. La misma desplaza y rodea la superficie hepática, el riñón hacia adelante y medial. No impresiona compromiso de psoas. En región abdominal no se logra visualizar psoas derecho distal. En pelvis se observa ocupación de hemipelvis derecha que desplaza la vejiga y el recto hacia la izquierda. Los vasos ilíacos se encuentran desplazados hacia atrás. - TC de tórax, abdomen y pelvis: gran colección retroperitoneal derecha, con realce periférico que compromete espacio pararenal anterior y posterior desde la altura del segmento 8 hepático hasta el muslo. Dicha colección desplaza al ciego y al riñón derecho hacia anterior y medial,

compromete el psoas ilíaco, músculo paraespinal, glúteo mayor, ilíaco derecho, obturador externo, cuádriceps y sartorio, se extiende hacia la pelvis menor, desplaza la vejiga hacia la izquierda y rodea el espacio perirrectal. Mínimas irregularidades corticales en la cresta ilíaca derecha.

### CONCLUSIÓN

Gran colección retroperitoneal desde espacio pararenal derecho hasta muslo derecho. -Hemocultivos negativos. -Aspecto quirúrgico: El 11/3 se realiza drenaje percutáneo, con obtención de material purulento, con colocación de 3 tubos de drenaje, en cavidad abdominal, pelvis y muslo. Cultivo positivo para SAMR sensible a clindamicina. El 28/3 se retiran drenajes sin complicaciones. -Aspecto infectológico: al ingreso se inicia tratamiento endovenoso con vancomicina y ceftriaxona, que recibe durante 7 días. Luego se rota a clindamicina hasta completar 23 días totales de antibiótico. Se externa con TMS por vía oral.

## BACTEREMIA A PSEUDOMONA AERUGINOSA SECUNDARIA A ITU COMPLICADA

RPD  
037

Barreto A.<sup>1</sup>; Salguero M.<sup>2</sup>; Vergara D.<sup>3</sup>; Luque M.<sup>4</sup>; Gutierrez G.<sup>5</sup>

HOSPITAL M.V DE MARTINEZ, PACHECO<sup>1,2,3,4,5</sup>

<albanobarreto@yahoo.es>

Pte masculino de 10 m con cuadro febril de 8 d asociado a vómitos. Consultó a cafys donde, por dx de OMA, indican tto atbs por 4 días

### ANTECEDENTES

Internado en neo por ITU y bacteriemia a E. coli.

En seguimiento por Nefrología HNRG por dilatación pielocalicial izq. CUGM: Normal

Centellograma: RI: con distribución heterogénea del DMSA 99mTc en la mitad superior que así mismo se encontraba disminuido de tamaño, con contornos alterados, área que se insinúa cóncava sobre el contorno externo de ese sector del riñón que altera el contorno, imagen cercana a la región medular renal de menor concentración de DMSA 99mTc, que sugiere efecto de importante dilatación del sistema pielocalicial sobre parénquima renal.

En profilaxis con Cefalexina desde el período neonatal.

### EXÁMENES INGRESO

Orina: Cel. Epit: 4-5 xc leu:6-8 xc, sin piocitos, ni hematíes, cilindros granulosos finos:1-2 xc. Hemograma: Leu: 28.000(83/12/4) Hb: 8.8 mg/dl. Hto: 27% plaq: 718.000 Uremia: 2.6 mmol/l Creat: 32umol/l PCR: 351 . Rx de tórax: S/P. Se decide internar con DX de L.febril sin foco de 3-36 meses. Se realiza HMC + urocultivo y se indica TTO ATB EV con Ceftriaxona 50 mg/kg.

### EVOLUCIÓN

Ecografía abdominal ,informa: hidronefrosis izq con marcada dilatación ureteral que llega hasta la desembocadura de la vejiga que mide 23 mm. Contenido Particulado formando nivel (PIOURETER). SU: turbio D:1015 Hb: + proteinuria: + C.Epit: 3-4 xc Leu:20-25 xc Pio: 3-4 xc Hem: 2-3 xc

Microorganismos, C. granulosos: 4-5 xc. Entre su 2 y 4º día de internación, persiste febril, en REG con decaimiento, hiporexia, con laboratorio control, nueva ecografía y evaluación TAC posterior. Hgm: Leu:15.500 (64 12 20). Hb: 8.7mg/dl Hto: 26% plaq: 506.000. Uremia: 4.7 mmol/l Creat: 32umol/l PCR: 351. Cultivos: uro contaminado y HMC ½ positivo (Bacilo Gram -). Se rota ATB a P/Tazobactam, previa toma de HMC. TAC de abdomen con contraste EV:dilatación ureterocalicial izq, uréter dilatado en toda su extensión hasta la unión ureterovesical, de contenido heterogéneo, que desplaza las asas intestinales ,Vejiga poco distendida con burbuja aérea en su interior. En Su 5º ddi se tipifica germen de Hmc: P.AERUGINOSA. S: P/Tazo, lmi, Cipro, Mero; r: Gen, Ceft, Amik. Cumple TTO ATB EV 14 días totales. A su egreso, se indicó profilaxis con TMS y continuó controles por el servicio de nefrología infantil.

### CONCLUSIONES

Es importante considerar los antecedentes para orientar el diagnóstico y dirigir en consecuencia los estudios complementarios en todos los LF sin foco, aunque eso implique poner un pié afuera de los algoritmos preestablecidos. Recordar que los estudios complementarios son orientativos, pero nunca más relevantes que una completa anamnesis y examen físico. Se debe considerar como etiología posible la PA en pacientes con alteraciones anatómicas de la vía urinaria, independientemente del número de interurrencias, factores de riesgo, etc. Tener en cuenta que la presión que ejercen los antibióticos recibidos en forma crónica (profilaxis), favorecen las infecciones por gérmenes menos comunes, y crean resistencia antibiótica.



## TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

RPD  
038

Tantera S.<sup>1</sup>; Argiro M.<sup>2</sup>; Ortiz M.<sup>3</sup>; Sosa R.<sup>4</sup>; Morales I.<sup>5</sup>; Vaccarezza S.<sup>6</sup>; Brusco M.<sup>7</sup>; Pringe A.<sup>8</sup>; Etcheverry M.<sup>9</sup>; Paganini A.<sup>10</sup>; Gonzalez F.<sup>11</sup>  
HOSPITAL ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>

<soledad.tantera@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria compleja. Predomina en mujeres. La afectación neurológica se produce en el 20-45 % de niños y adolescentes, siendo la tercera causa de mortalidad.

### OBJETIVO

Describir una forma infrecuente de presentación del LES en Pediatría.

### CASO CLÍNICO

Varón de 14 años previamente sano, con rash malar de un mes de evolución que 7 días previos a la consulta presenta signos de hipertensión endocraneana, se interna y realiza TAC observándose imagen compatible con trombosis de seno transversal derecho, confirmándose por angiografía. En laboratorio presenta proteinuria masiva. Ante sospecha de LES, conjuntamente con Reumatología y Hematología se indica anti coagulación y 3 pulsos de metilprednisolona. Continuando tratamiento con corticoterapia oral e hidroxicloroquina. Durante el mismo presenta convulsión tónico clónica generalizada; tras realizar TAC sin cambios con respecto a imagen anterior, se indica nuevo pulso de metilprednisolona y dosis de ciclofosfamida. Se recibe perfil reumatológico que confirman diagnósticos de LES juvenil. Con Ac Anticardiolipina y Anticoagulante lupico negativos. Presentando franca mejoría clínica, luego de 24 días decide egreso con prednisona, hidroxicloroquina y anticoagulación.

### DISCUSIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad auto inmunitaria y multisistémica caracterizada por inflamación vascular generalizada y del tejido conectivo, y la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA), especialmente los Ac. antiADN. El debut neurológico es infrecuente (3%) y de mal pronóstico. Se correlaciona junto a la afectación renal con la gravedad de la enfermedad. Las manifestaciones neurológicas varían desde cefalea (95%), HTE, papiledema, convulsiones, déficit focal, alteración del estado mental. Varios mecanismos explican la trombosis venosa cerebral en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Para la confirmación diagnóstica de trombosis venosa cerebral, es de elección la Angioresonancia. El tratamiento son los corticoides. Una afectación grave de riesgo vital, como la neuropsiquiátrica justifica emplear altas dosis de corticoides combinados con inmunosupresores. Debe considerarse la terapia antitrombótica con heparina y heparina de bajo peso molecular.

### CONCLUSIONES

El LES es la enfermedad autoinmune multisistémica por excelencia, de presentación heterogénea. El debut con cuadro de trombosis en sistema nervioso central es muy infrecuente, y por la gravedad que reviste requiere un diagnóstico y tratamiento oportuno.

## SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA: A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
039

Beaudoin M.<sup>1</sup>; Rodriguez Villegas M.<sup>2</sup>; Conde J.<sup>3</sup>; García Quispe N.<sup>4</sup>; Calleri B.<sup>5</sup>; De Lillo L.<sup>6</sup>; Crotti S.<sup>7</sup>  
HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

<beaudoinmarialaura@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome Hemofagocítico o Síndrome de Activación Macrofágica (SAM) es una enfermedad potencialmente mortal. Se caracteriza por un proceso inflamatorio descontrolado de fisiopatología aún no bien definida. Responde a causas genéticas o puede ser secundario a otras enfermedades. Muchas veces su diagnóstico se demora debido a que su presentación semeja otras condiciones graves como la sepsis, falla hepática o enfermedades malignas.

### OBJETIVO

Describir un caso clínico de una enfermedad de diagnóstico dificultoso y elevada mortalidad.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 23 meses de edad, previamente sana, que presenta fiebre elevada de 7 días de evolución. Consulta al inicio del cuadro y se indica tratamiento sintomático. A las 48 hs se agrega decaimiento y mala actitud alimentaria, se diagnostica otitis media aguda y conjuntivitis, se indican Amoxicilina 80 mg/kg/día y gotas oftálmicas. Al día siguiente se agregan petequias de distribución generalizada, con recuento plaquetario de 100.000/mm<sup>3</sup>. Comienza con compromiso del estado general, somnolencia, mucosas semihúmedas, edema bupalpebral y en miembros inferiores, rash maculopapular suave en cara, tronco y miembros, queilitis, eritema peribucal, adenopatías generalizadas con una de mayor tamaño a nivel submaxilar izquierdo, hepato-esplenomegalia y oligoanuria.

Presenta caída del recuento plaquetario (68.000/mm<sup>3</sup>) y anemia. Se interna con diagnóstico de sepsis y sospecha de enfermedad de Kawasaki. Se expande con solución fisiológica, toma hemocultivos e indica Ceftriaxona 80 mg/kg/día y pasaje de Gammaglobulina 2 gr/kg/día. Durante las primeras 48hs. se mantiene clínicamente estable, en regular estado general, persistiendo la fiebre y los edemas, mejorando su diuresis y sin rescate microbiológico. El laboratorio informa hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia. Con sospecha de SAM Hematología realiza punción aspiración de médula ósea, evidenciando fenómenos de hemofagocitosis. Inicia tratamiento con Dexametasona EV 10 mg/m<sup>2</sup>/día. Con buena evolución clínica y de laboratorio al octavo día se rota medicación a vía oral permitiendo la externación de la paciente.

### DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas del SAM suelen ser inicialmente inespecíficas, como el cuadro inicial de la paciente, sin embargo la sospecha y diagnóstico precoz permitió un tratamiento oportuno, evitando un desenlace fatal.

### CONCLUSIÓN

SAM es una enfermedad poco frecuente pero con elevada mortalidad. Incluirlo entre los diagnósticos diferenciales de niños con síndromes febriles y visceromegalias permitirá arribar a un diagnóstico precoz con gran repercusión en el pronóstico.



## A PROPÓSITO DE EVENTRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

Mayer M.<sup>1</sup>; Iranzo M.<sup>2</sup>; Carlucci S.<sup>3</sup>; Battaglia C.<sup>4</sup>; Arévalo T.<sup>5</sup>; Vicente J.<sup>6</sup>; Vernarelli M.<sup>7</sup>

HOSPITAL ENRIQUE ERILL<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<mariana21m@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La eventración diafragmática (ED) es la posición anormal de todo o una parte del diafragma, con movilidad paradójica que produce disfunción respiratoria de grado variable. Puede ser congénito o adquirido. La ED congénita es causada por defecto intrínseco del componente muscular del diafragma. Se cree que la causa es una falla en el proceso de muscularización del diafragma embrionario. Es más frecuente en el hemidiafragma izquierdo y con predominio en el sexo masculino. La ED adquirida es producida por un trastorno en la inervación con un músculo diafragmático estructuralmente normal. Las causas más frecuentes son la sección accidental durante un procedimiento quirúrgico y el trauma obstétrico.

### OBJETIVOS

Otorgar jerarquía diagnóstica a la ED ya que de esta manera se acortaría el tiempo de resolución de la enfermedad.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 8 meses, RNT, PAEG. Cesárea. Diabetes gestacional, con vacunas incompletas. Consulta por cuadro de dificultad respiratoria de 12 hs. de evolución. A su ingreso se presenta con clínica broncoobstrutiva grave sumado a una importante disminución de la entrada de aire en base derecha. Se le realiza Rx de tórax donde se observa hemidiafragma derecho sobreelevado. Ante la presunción diagnóstica de parálisis diafragmática se realiza ecografía pleural, en ella se observa una imagen mixta derecha compatible con condensación. Posteriormente debido

a que la ecografía no fue concluyente y ante empeoramiento del estado general se decide realizar TC de tórax sin contraste. En dicho estudio impresiona observarse elevación del hemidiafragma derecho y del hígado.

Se decide realizar IC con servicio de neumonología y cirugía pediátrica de Hospital Gutiérrez que evalúan estudios y se llega a la conclusión de que presenta una ED. Se programa turno para su corrección quirúrgica y continua en seguimiento por dichos servicios y consultorios del Hospital.

### CONCLUSIÓN

La ED es una entidad poco frecuente en la población pediátrica. La presentación clínica es florida (cuadros recurrentes de neumonías, atelectasias, síndromes broncoobstrutivos, síntomas gastrointestinales como regurgitación, vómitos y dificultad en la alimentación). En general la sospecha diagnóstica surge a partir del hallazgo de elevación de un hemidiafragma en la radiografía de tórax y su confirmación se realiza por ecografía o radioscopia.

## UNA PATOLOGÍA OCULTA: NEFRONOPTISIS INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Tornatore M.<sup>1</sup>; Graziani M.<sup>2</sup>; Galvez H.<sup>3</sup>; Iotti A.<sup>4</sup>; Fernie L.<sup>5</sup>

HOSPITAL BRITÁNICO<sup>1,2,3,4,5</sup>

<belentornatore@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Nefronoptosis comprende un conjunto de patologías de herencia autosómica recesiva que lleva a una insuficiencia renal progresiva (IRC). Representa la causa genética más frecuente de enfermedad renal terminal en niños y adolescentes. Su distribución por sexo no presenta diferencias, se asocia a cosanguinidad. Existen diferentes formas clínicas, según la edad de presentación de IRC: infantil, juvenil y adolescente. Se manifiesta con poliuria, polidipsia, anemia y retraso del crecimiento. Presenta múltiples quistes de localización corticomedular que lleva a pérdida progresiva de la función renal en las primeras dos décadas de vida. Del 15-20% presentan síntomas extrarrenales: pulmonar, ocular (compromiso ciliar).

### OBJETIVOS

Ante un paciente con compromiso sistémico con mala evolución en el contexto de patología frecuente, es necesario contemplar la posibilidad de la coexistencia de un cuadro subyacente, no diagnosticado, como agravante.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 18 meses, con antecedentes de broncoespasmo de manejo ambulatorio, ingresa por cuadro de dificultad respiratoria aguda. Presenta el mismo día empeoramiento del cuadro respiratorio con ingresa a Terapia Intensiva. En las primeras 24hs presenta caída brusca del ritmo diurético, se constata acidosis metabólica, hiperkalemia, anemia y falla renal. Se plantean como diagnóstico diferencial: Síndrome Urémico

Hemolítico, nefropatía descompensada o falla sistémica secundaria a sepsis. Requiere ingreso a diálisis peritoneal. Evoluciona de forma desfavorable, con cuadro de falla multiorgánica, a las 96hs del ingreso fallece por descompensación hemodinámica. Se solicita autopsia, por falta de diagnóstico claro. El informe de anatomía patológica muestra el diagnóstico de nefronoptosis. También se evidencia compromiso de hígado, pulmón, cerebro, cerebelo.

### CONCLUSIONES

No se trata de una patología frecuente, pero el diagnóstico oportuno puede anticipar el tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Recordar la utilidad de la autopsia como herramienta para diagnóstico y consejo genético a los familiares por tratarse de una patología con herencia autosómica recesiva. Al momento no hay tratamiento efectivo con drogas, se realiza terapia de reemplazo renal, y trasplante.



## PRESENTACIÓN DE CASO DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO: SÍNDROME PFAPA. REPORTE DE UN CASO

RPD  
042

*Tornatore M.<sup>1</sup>; Fortes P.<sup>2</sup>; Sibbald A.<sup>3</sup>; Fernie L.<sup>4</sup>*

HOSPITAL BRITÁNICO<sup>1,2,3,4</sup>

<belentornatore@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

PFAPA (Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Adenitis) es un síndrome de presentación esporádica, que inicia entre los 2-5 años, predomina en varones. Su etiología es desconocida, se postula un defecto en la regulación de la producción de citoquinas. Se presenta con fiebre alta, periódica (cada 28 días), de inicio y cese abrupto de 3-5 días de duración; estomatitis; faringitis con exudado y adenopatías cervicales. El tratamiento utilizado es corticoide oral. Fuera de los episodios son pacientes sanos con buen crecimiento.

### OBJETIVOS

Tener presente este síndrome en pacientes con fiebre recurrente y otros síntomas asociados, como faringitis, estomatitis y adenopatías, para brindar tratamiento e información adecuada.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 4 años, ingresa por síndrome febril de 4 días de evolución con rash escarlatiniforme, adenopatías y faringitis. Refiere múltiples antecedentes de cuadros febriles, con faringitis, aftas y rinosinusitis, por lo que realizaban múltiples consultas en diferentes centros (no todos documentados), en la mayoría de los cuales había recibido tratamiento antibiótico. En nuestro hospital se registraron 11 episodios en los 18 meses previos al ingreso. Uno requirió internación, por síndrome mononucleosiforme, con freno medular, con rescate de

Parvovirus y Epstein Baar. Fuera de los episodios permanece asintomático con crecimiento y desarrollo normal. Permanece internado 5 días, se realizan serologías, imágenes, cultivos, frotis y búsquedas de focos profundos. Siendo positivo: hisopado de fauces, linfocitosis, rescate de adenovirus en secreciones nasofaríngeas. Se evaluó inmunidad (poblaciones linfocitarias, subpoblaciones de IgG, inmunoglobulinas), sin alteraciones. Evolucionó afebril, cumplió tratamiento por faringitis. La internación sirvió como herramienta diagnóstica para recabar información. Se otorgó egreso con control pediatra, se explicó a los padres la sospecha diagnóstica. Se entregó un calendario para documentar eventos con frecuencia y síntomas asociados. A las 3 semanas presentó episodio similar, se indicó corticoide oral en dosis única, con buena respuesta.

### CONCLUSIONES

Es un cuadro que genera estrés y angustia en los padres, ausentismo escolar en los niños, además de innecesarios y costosos estudios y tratamientos antibióticos frecuentes, por lo cual resulta importante arribar a su diagnóstico, descartando, cuando es necesario otras causas de fiebre recurrente.

## ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
043

*Grisolia N.<sup>1</sup>; De Lillo L.<sup>2</sup>; Sznitowski M.<sup>3</sup>; Pallitto M.<sup>4</sup>; Besada M.<sup>5</sup>; García Fretes N.<sup>6</sup>*

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

nicolasarielgrisolia@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato causada por Bartonella henselae suele presentarse como un cuadro de adenopatías regionales de evolución subaguda. Puede acompañarse de otros síntomas como fiebre y compromiso del estado general, habitualmente leves. En un escaso porcentaje presenta manifestaciones atípicas.

### OBJETIVO

Describir un caso clínico atípico de infección Bartonella Henselae.

### CASO CLÍNICO

Niño de 3 años, sano, que comenzó con registros febriles diarios de un mes de evolución. Al ingreso se constata febril, pálido, regular estado general, astenia marcada, sin foco evidente. Del interrogatorio surge contacto reiterado con un gato. Los exámenes mostraron leucocitosis leve con fórmula repartida, anemia hipocrómica, ERS y PCR elevadas. La ecografía abdominal detectó lesiones en hígado y bazo compatibles con abscesos. Inició tratamiento con ceftriaxone y clindamicina. Hemocultivos, urocultivo y PPD fueron negativos. Fondo de ojos, ecocardiograma, proteinograma y GAME normales. Serologías para toxocara, CMV, TXP, HAV, HBV, HCV, EBV y HIV fueron negativas. Se documentó IgM e IgG positiva para Bartonella henselae, con títulos mayores a 1:256, interpretándose como agente etiológico del cuadro. Continúo con tratamiento antibiótico, a los 15 días por encontrarse afebril y en buen estado general se rota a trimetoprima-sulfametoxazol por vía oral con seguimiento ambulatorio.

### DISCUSIÓN

Las Bartonellas son bacterias gram negativas, aerobias, no móviles, pleomorfas, que se comportan como intracelulares facultativas y de difícil cultivo. La afectación hepatoesplénica consiste en la formación de granulomas necrosantes. Habitualmente cursa de forma benigna desapareciendo en 1-5 meses aunque se han descrito casos que se calcifican. Las imágenes que se ven por eco o TC son características, pero no patognomónicas. Ante estas lesiones debe considerarse la enfermedad y confirmar el diagnóstico mediante serología.

El tratamiento en su forma típica debe ser inicialmente sintomático dado que habitualmente se autolimita, resolviéndose de manera espontánea en 2 o 6 meses, aunque puede prolongarse hasta 1 o 2 años. El tratamiento antibiótico sólo está indicado en pacientes con manifestaciones agudas graves o con síntomas sistémicos.

### CONCLUSIONES

Es importante tener en cuenta esta enfermedad en el diagnóstico diferencial del síndrome febril prolongado con lesiones en hígado y bazo. El diagnóstico de las formas atípicas es difícil, en especial cuando no existen adenopatías periféricas o no se refiere el antecedente de contacto con gatos u otros animales domésticos que transmitan la enfermedad.





## HIPOTONÍA NEONATAL: ENFERMEDAD DE WERNIG HOFFMAN. REPORTE DE UN CASO

RPD  
044

Tornatore M.<sup>1</sup>; Landi S.<sup>2</sup>; Frugoni M.<sup>3</sup>; Muro V.<sup>4</sup>; Fernie L.<sup>5</sup>  
HOSPITAL BRITÁNICO<sup>1 2 3 4 5</sup>  
<belentornatore@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La atrofia muscular espinal (AME) es una enfermedad neuromuscular degenerativa hereditaria, autosómica recesiva (AR). Se caracteriza por el compromiso de la motoneurona alfa del asta anterior de la médula espinal. Existen 4 tipos de AME según el momento de aparición de los síntomas: tipo I o infantil, tipo II o intermedia, tipo III o juvenil y tipo IV o Enfermedad de Fazio-Londe. Se identificó un gen (SMN1) encargado del metabolismo del ARN, apoptosis y transporte axonal. La delección del exón 7 y 8 o sólo 8 del gen SMN1 son responsables de más del 95% de los casos de AME. La clínica se caracteriza por falta de sostén cefálico, ausencia de reflejos osteotendinosos, posición característica en patas de rana y libro abierto en miembros inferiores. Debilidad de músculos respiratorios, fasciculaciones de los músculos de la lengua con llanto y succión débiles.

### OBJETIVOS

Reconocer al lactante hipotónico, realizando un exhaustivo examen físico, acompañado de exámenes complementarios para plantear sus posibles diagnósticos diferenciales.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 48 días de vida, ingresa a nuestra institución por cuadro de dificultad respiratoria aguda. RNT/PAEG, sin antecedentes perinatólogicos. En el primer control impresiona discreta hipotonía. Ingresar por cuadro de dificultad respiratoria, cianosis, palidez e hipotonía, con compromiso del estado general. Ingresar a terapia

intensiva, se plantean como diagnósticos diferenciales: neumonía infecciosa vs. aspirativa, sepsis en contexto de miopatía: congénita, adquirida, botulismo o Werdnig Hoffman. Evoluciona sin mejoría clínica, requiere ventilación mecánica y posteriormente traqueostomía. Al examen neurológico persiste sin sostén cefálico, hipotonía generalizada, trastornos deglutorios y posición de patas de rana en miembros inferiores. Por sospecha de miopatía se realiza electromiografía (signos de denervación muscular y disminución de los potenciales de acción motores con sensibilidad conservada), estudio genético y molecular (ausencia del exón 7 del gen SMN1). Se diagnostica Enfermedad de Werdnig Hoffman. El paciente fallece posterior a otro episodio de dificultad respiratoria.

### CONCLUSIONES

En el contexto del lactante hipotónico es importante la evaluación sistémica, pensando los diferentes diagnósticos. De esta forma se puede adecuar la terapéutica y brindar un adecuado asesoramiento genético.

## SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA COMO DEBÚT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

RPD  
045

Tornatore M.<sup>1</sup>; Fortes P.<sup>2</sup>; Rojo G.<sup>3</sup>; Cervetto V.<sup>4</sup>; Fernie L.<sup>5</sup>  
HOSPITAL BRITÁNICO<sup>1 2 3 4 5</sup>  
<belentornatore@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Activación Macrofágica (SAM) es una complicación poco frecuente, potencialmente mortal (20-40%) en pacientes con enfermedades reumatológicas o autoinmunes. En esta se produce activación de histiocitos con hemofagocitosis en médula ósea y otros sistemas linfoides, generando una respuesta inflamatoria descontrolada. Se presenta principalmente en pacientes con patologías reumatológicas: Artritis Idiopática Juvenil, Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Kawasaki. El gatillo puede estar representado por infecciones virales, enfermedades del tejido conectivo (debut, reagudizaciones, cambios de tratamiento) o drogas.

### OBJETIVOS

Incorporar en el razonamiento clínico la posibilidad de SAM - asociado a patologías autoinmune.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 11 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, derivada a nuestra institución por cuadro de fiebre de una semana de evolución, artralgias con impotencia funcional y prurito de 3 semanas de evolución, asociado a astenia marcada y pérdida de peso. Al examen físico se evidencia palidez, leve eritema malar, gingivorragia y lesiones por rascado. Presenta polo de bazo palpable, hepatomegalia leve, adenopatías laterocervicales y poliartritis. En el laboratorio pancitopenia y frotis de sangre periférica sin blastos. Se asume con neutropenia febril inicialmente, se realizan cultivos, se indican antibióticos y se amplían

estudios diagnósticos. Se evidencia caída abrupta de los reactantes de fase aguda: eritrosedimentación y proteína C reactiva (en relación a estudios previos) y LDH aumentada. El perfil reumatológico muestra: DNAdc + 1/320 y ANA + 1/640 patrón homogéneo. Ante la sospecha de SAM en el debut de LES se solicita: triglicéridos, ferritina, fibrinógeno y enzimas hepáticas confirmando así el diagnóstico. Se inician pulsos de metilprednisolona por 3 días y gammaglobulina. Continuando luego con dosis altas de metprednisolona. Luego del tratamiento inicial se constata franca mejoría clínica y de laboratorio.

### CONCLUSIONES

El SAM presenta una rápida evolución, la clave del tratamiento es el reconocimiento temprano de esta entidad. El mismo puede ser difícil por la similitud con cuadros de sepsis o reagudizaciones de la enfermedad reumatológica de base, si se conoce con anterioridad. En nuestro caso, donde el diagnóstico fue simultáneo, las manifestaciones clínicas de ambas entidades se solapan por lo que es fundamental el estado de alerta.



## INFECCIONES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN EL PERÍODO 2008-2015

PO  
046

Tornatore M.<sup>1</sup>; Barrionuevo T.<sup>2</sup>; Citroni M.<sup>3</sup>; Bonardo M.<sup>4</sup>; Fernie L.<sup>5</sup>  
HOSPITAL BRITÁNICO<sup>1,2,3,4,5</sup>

<belentornatore@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El *Staphylococcus aureus* (SA) es una bacteria causante de múltiples patologías desde infecciones de piel y partes blandas hasta infecciones graves como neumonía necrotizante y sepsis en un 10%. En los últimos años, ha aumentado la incidencia de SAMR como patógeno de la comunidad (SAMR-co), transformándose en uno de los principales agentes infecciosos emergentes.

### OBJETIVOS

El objetivo del estudio es presentar una serie de pacientes internados en nuestro hospital por infecciones por SA-co (SAMR y SAMS) en el período de 2008 al 2015. Estimar la prevalencia respecto al número total de egresos hospitalarios y comparar las características clínicas, evolutivas y terapéuticas según se tratara de infecciones por SAMS o SAMR.

### MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes entre 1 mes de vida y 16 años de edad, internados en el período enero de 2008 a diciembre de 2015 en nuestro hospital con infección microbiológicamente documentada para SAMS-co y SAMR-co. Previamente se realizó un protocolo de investigación aprobado por el Comité de Revisión Institucional del Hospital, garantizando la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos.

### RESULTADOS

Entre Enero de 2008 y Diciembre de 2015 se internaron 41 pacientes con infección por SA, de los cuales 29 fueron SAMR y 12 fueron SAMS. Las infecciones por SAMR constituyeron un 70% del total de los SA. La tasa de SAMR respecto al número de egresos fue en aumento, de un 0.2% en 2009 a un 0.5% en 2015. De los 41 pacientes, 24 presentaron foco clínico en piel y partes blandas, 8 infecciones óseas y 6 neumonías (todas por SAMR). La edad media de presentación fue 6 años, con predominio en varones (1.7:1). En 30 de 41 pacientes la clindamicina fue la elección terapéutica inicial. Solo se constató una cepa de SAMR resistente a la clindamicina.

### CONCLUSION

Nuestra área geográfica no está exenta del aumento de número de casos de infecciones por SAMR-co. Las cepas resistentes no son infrecuentes e incluso se muestran en aumento, por lo que resulta fundamental que el pediatra se mantenga alerta tanto para el diagnóstico de colonización a través de un estudio sencillo como el hisopado, como para la presunción diagnóstica de SAMR y así aplicar el tratamiento adecuado.

## MAL PROGRESO DE PESO E HIPOTONÍA EN LACTANTE CON DÉFICIT DE VITAMINA B12. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
047

Tornatore M.<sup>1</sup>; Rojo G.<sup>2</sup>; Kamenjarin A.<sup>3</sup>; Fernie L.<sup>4</sup>  
HOSPITAL BRITÁNICO<sup>1,2,3,4</sup>

<belentornatore@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica encontramos pacientes con mal progreso de peso de forma frecuente. El desafío es buscar signos y síntomas acompañantes para llegar a un diagnóstico e iniciar la terapéutica adecuada. La vitamina B12, es una vitamina hidrosoluble, que interviene en dos reacciones esenciales en los seres vivos: la síntesis de metionina y la conversión del metilmalonilCoA a succinilCoA. Cualquier alteración en estos pasos metabólicos puede producir defectos del metabolismo caracterizados por la homocistinuria, aciduria metilmalónica o ambos. Es conocida la asociación entre madres vegetarianas y pacientes con déficit de vitaminas. Sin embargo, esto puede presentarse en madres sin dicho antecedente, dificultando aún más el diagnóstico.

### OBJETIVOS

Incorporar como posible causa de mal progreso de peso en lactantes el déficit de vitamina B12, como consecuencia de una deficiencia materna de dicha vitamina.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 2 meses de edad, recién nacida de término, de peso adecuado para edad gestacional, alimentada con lactancia exclusiva, madre obesa con alimentación variada. Es derivada a la guardia por pediatra de cabecera por mal progreso de peso. Al examen físico se evidencia palidez con leve ictericia, soplo sistólico y síntomas neurológicos (retraso de pautas madurativas e hipotonía axial). Presenta también una mancha mongólica extensa. En el laboratorio inicial se encuentra anemia y plaquetopenia,

se amplían estudios buscando la causa. También se estudia su hipotonía, es evaluada por neurología, se realizan imágenes (ecografía cerebral y resonancia magnética). Se arriba al diagnóstico de déficit de vitamina B 12, englobando todos los signos y síntomas de la paciente. Se realiza tratamiento parenteral con franca mejoría clínica.

### CONCLUSIONES

Además de las manifestaciones hematológicas, y sus consecuencias nutricionales en los niños, el cerebro del lactante es muy susceptible al daño producido por el déficit de vitamina B 12. Los pacientes diagnosticados antes de los 10 meses tienen mejor pronóstico, por lo tanto la estrategia del pediatra debe dirigirse a prevenir principalmente la deficiencia en las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. Cuando dicha prevención no ha estado presente, el pediatra debe reconocer esta entidad rápidamente para tratar cuanto antes al paciente. Lo cual será posible si tenemos presente esta posibilidad diagnóstica de forma más frecuente.



## SÍNDROME DE MUNCHHAUSEN POR PODERES EN UNA NIÑA DE SEGUNDA INFANCIA

Vacarezza Morelli S.<sup>1</sup>; Yazde M.<sup>2</sup>; Sosa R.<sup>3</sup>; Morales I.<sup>4</sup>; Gonzalez M.<sup>5</sup>; Paganini A.<sup>6</sup>; Indart J.<sup>7</sup>; Mouesca J.<sup>8</sup>; Del Bagge P.<sup>9</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>

<yuni\_81@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El Síndrome De Munchausen por poderes tiene una gran variabilidad de formas de presentación. No hay una característica patognomónica de los perpetradores. Los padres y sobre todo la madre, inventan o producen de manera voluntaria síntomas al niño, con la finalidad de gratificar las necesidades psicológicas de atención de ellos mismos.

### OBJETIVOS

Presentar un caso de Síndrome de Munchausen en una niña de 10 años por tratarse de una patología infrecuente en la cual el equipo de salud tiene un rol determinante al considerar el diagnóstico diferencial para actuar en protección de los derechos del niño.

### CASO CLÍNICO

Niña de 10 años de edad por vómitos de tipo porráceos y dolor abdominal. Es extranjera, migró con su madre a Argentina cuando la niña tenía 7 años. Dos años previos a la consulta actual, permaneció internada en 4 oportunidades por cuadros de vómitos incoercibles, se realizó VEDA con diagnóstico de Gastritis crónica por H Pylori y laparotomía con diagnóstico presuntivo de hernia interna y compas aortomesentérico. Permaneció libre de síntomas por un período de 18 meses.

Luego en un periodo de 3 meses sufre 5 internaciones más, con igual diagnóstico al ingreso: vómitos incoercibles. Ingresó nuevamente a quirófano con diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal por bridas,

dado que presentaba vómitos biliosos; se realiza VEDA y laparotomía exploratoria sin hallazgos patológicos.

Se reevaluó el caso en equipo multidisciplinario, la paciente contaba con 10 internaciones conocidas, en al menos 4 Hospitales. Intervino la Unidad de Violencia Familiar del HGNPE, luego de la evaluación, con la inclusión de acompañantes terapéuticas y de los informes elevados al CDNNyA, el juzgado dictaminó la exclusión materna. Luego de estas intervenciones, la niña se mantuvo asintomática, con recuperación ponderal, aumentando 15 kg. y con inicio de desarrollo puberal. A la espera, luego de 9 meses de internación y 9 meses en un Hogar, de su Restitución Internacional con familia paterna. Sin revinculación materna a la fecha.

### CONCLUSIÓN

El síndrome de Munchausen constituye un diagnóstico diferencial de importancia cuando hay síntomas o signos persistentes e incongruentes en un caso, sumado a la reiterada demanda de asistencia por sus progenitores en diferentes instituciones sanitarias.

Se trata de una modalidad de maltrato infantil, donde el adulto le provoca un daño real o potencial al niño, con alteración integral de su desarrollo. La intervención frente a la sospecha diagnóstica debe ser de carácter interdisciplinario.

## RESULTADOS QUIRÚRGICOS DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR EN CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL DE BUENOS AIRES DEL 2011-2015. TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Tornatore M.<sup>1</sup>; De La Ossa M.<sup>2</sup>; Morell M.<sup>3</sup>; Rojo G.<sup>4</sup>; Magliola R.<sup>5</sup>; Fernie L.<sup>6</sup>

HOSPITAL BRITÁNICO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

belentornatore@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

En nuestro país existe una incidencia de cardiopatía congénita 1/100 RNV, de las cuales son quirúrgicas 0,7/100 RNV y el 80% se opera por debajo del año de vida. En Argentina fallecen anualmente 400 niños con cardiopatía congénita, en el 1er mes de vida. La cirugía es considerada la estrategia para su tratamiento. Existe un método de estratificación RACHS-1 (Risk Adjustment in Congenital Heart Surgery) que permite estimar el resultado quirúrgico, dependiendo del tipo de cardiopatía, del tipo de reparación y de otros elementos que influyen en el resultado final, como: el peso, la edad y/o la presencia de otras anomalías asociadas.

### OBJETIVO

Describir las características demográficas, clínicas, etiológicas, procedimientos terapéuticos y evolución de pacientes sometidos a cirugía cardiovascular por cardiopatías congénitas complejas en nuestro hospital.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Se realizó un protocolo de investigación aprobado por el Comité de Revisión Institucional del Hospital. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los datos obtenidos. Se registraron datos demográficos de pacientes operados de 0 a 16 años por cardiopatía congénita en el Servicio de Pediatría de nuestro Hospital entre enero de 2011 y diciembre de 2015.

### RESULTADOS

Se registraron 172 intervenciones quirúrgicas, se operaron 33 pacientes menores de 1 mes, 51% fueron varones. La edad media fue 20 meses, mientras que el 65% fueron menos de 1 año. El peso promedio 9,6 kg. La distribución de patologías en categoría RACHS fue: categoría 1 15,7%, categoría 2 45%, categoría 3 26%, categoría 4 8,7%, categoría 5 6 4%, no se registraron intervenciones de categoría 5. El tiempo de internación promedio fue 12,7 (1-91) días, el 53% requirió ventilación mecánica, con un promedio de 6 días. El número de casos por año fue en aumento, evidenciando del 2011 al 2015 un aumento de 250% (de 18 a 43 intervenciones). La mortalidad global fue 3% y 7% en el último año analizado.

### CONCLUSIONES

La mortalidad postoperatoria es menor a la comparada con datos de otros centros. En los últimos años, se evidencia un aumento del diagnóstico temprano, tratamiento precoz, y mejoría en la sobrevida de los pacientes portadores de cardiopatías congénitas. Actualmente incluso, se programan nacimientos en centros especializados para el manejo inmediato de estos pacientes. La sobrevida de los mismos ha aumentado considerablemente.



## TRASTORNOS DE LA CIRCULACIÓN DEL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO, SÍNDROME DE CHIARI TIPO IV. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
050

Grisolía N.<sup>1</sup>; González N.<sup>2</sup>; Yañez A.<sup>3</sup>; Hernández R.<sup>4</sup>; Balboa R.<sup>5</sup>; Pérez Palacios L.<sup>6</sup>; Torres Perez M.<sup>7</sup>; Pérez Morales D.<sup>8</sup>; Romano V.<sup>9</sup>; Álvarez Ponte S.<sup>10</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>  
nicolasarielgrisolia@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El flujo habitual del líquido cefalorraquídeo (LCR) puede verse afectado por varias patologías, como es la malformación de Chiari. Este trastorno consiste en una alteración anatómica de la base del cráneo que da lugar a un grupo heterogéneo de anomalías estructurales a nivel del sistema nervioso central. Se clasifica en seis subtipos con distintas características morfológicas, siendo el tipo I el más frecuentemente diagnosticado. El síndrome de Chiari tipo IV se caracteriza por presentar un defecto en el rombencéfalo que conlleva a hipoplasia o aplasia del cerebelo, asociado a aplasia de la tienda del cerebelo. La inespecificidad de los síntomas y la falta de reconocimiento de los patrones imagenológicos contribuyen al subdiagnóstico de esta entidad.

### OBJETIVO

Describir el caso clínico de un paciente con trastorno de la circulación de LCR a raíz de una malformación de Chiari IV.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años con antecedente de cefalea crónica, se internó por presentar fiebre, vómitos y diarrea de 4 días de evolución, asociado a fotofobia, vómitos a chorro, ataxia y disartria. Los exámenes revelaron leucocitosis con fórmula repartida, ERS aumentada. La punción lumbar arrojó 18 elementos a predominio monomorfonuclear, líquido límpido e incoloro, glucorraquia normal. Cultivo de LCR gérmenes comunes, micobacterias, y PCR para herpes y enterovirus negativos. Hemocultivos negativos. Inicialmente se interpretó el cuadro como meningocelitis a descartar etiología y se trató con ceftriaxone y aciclovir,

mejorando su cuadro infeccioso pero sin cambios en el aspecto neurológico. Se agregaron episodios esporádicos y autolimitados de disautonomías, y paresia de miembros inferiores asociada a hiporreflexia, no compatibles con la evolución observada. Se realizó TAC de cerebro que informó como hallazgo una lesión quística en fosa posterior con impronta en calota occipital, asociada a atrofia cerebelosa. Dada la evolución tórpida, el antecedente de cefalea crónica y las imágenes presentes en la TAC, se solicitó RMN de cerebro con dinámica de la circulación del LCR, objetivándose la lesión quística mencionada. Se realizó punción lumbar con manometría, con examen fisicoquímico normal y presión disminuida. La maniobra de Queckenstedt-Stookey no demostró aumento de la presión, evidenciando el bloqueo de la circulación de LCR. Se solicitó espino-grama frente y perfil, con características normales. Se interpretó el cuadro como malformación de Chiari IV. Se realizó resección quirúrgica de la lesión quística, con mejoría progresiva y total del cuadro agudo y la cefalea crónica.

### CONCLUSIÓN

Es importante tener en cuenta este grupo de malformaciones en aquellos pacientes con síntomas neurológicos inespecíficos, e indagar de manera minuciosa sus antecedentes personales buscando signos de bloqueo en la circulación de LCR. Ponderar la punción lumbar con manometría, y la RNM con dinámica de circulación de LCR como técnica de elección para evidenciar el trastorno de flujo y diagnosticar su etiología. Como en el caso presentado, el tratamiento quirúrgico resuelve la mayoría de estos cuadros con excelente pronóstico.

## PRESENTACION DE ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRONICA EN NIÑO DE 4 MESES DE EDAD

RPD  
052

Vacarezza Morelli S.<sup>1</sup>; Gonzalez M.<sup>2</sup>; Morales I.<sup>3</sup>; Yazde M.<sup>4</sup>; Paganini A.<sup>5</sup>; Sosa R.<sup>6</sup>; Diaz H.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
yuni\_81@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Granulomatosa Crónica (EGC) es una inmunodeficiencia primaria hereditaria en ella la actividad bactericida y fungicida de los fagocitos defectuosa, predispone a infecciones recurrentes, especialmente por gérmenes catalasa positivos, y formación de granulomas. El diagnóstico se confirma con pruebas que miden la producción de radicales libres o su actividad. Prueba de nitroblue tetrazolium (NBT), así como con estudios moleculares. El Tratamiento consiste en la administración de interferón-gamma en conjunto con profilaxis antibiótica. En caso de fallo terapéutico se debe recurrir al trasplante de células hematopoyéticas, terapia génica.

### OBJETIVO

Presentación de un paciente con una inmunodeficiencia primaria, enfermedad que los pediatras no debemos dejar de considerar.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 4 meses con síndrome febril prolongado con exantema maculopapular generalizado, hepatoesplenomegalia, anemia, hiperleucocitosis y eritrosedimentación acelerada. Se realizó biopsia de piel que informó vasculitis leucocitoclástica. Se interpretó como Enfermedad de Kawasaki Atípica y se realizaron 2 pasajes de Gammaglobulina. Por evolución desfavorable se indicó Infliximab con descenso parcial de la curva térmica, pero con aumento de la hepatoesplenomegalia en la evolución posterior. Se plantearon múltiples diagnósticos diferenciales en su evolución solicitandosele los siguientes

exámenes complementarios; Serología de Herpes 6 positivo por lo que se sospechó Síndrome de DRESS, por un antecedente de ingesta de amoxicilina previo al exantema. Punción Aspiración de Médula Ósea normal. PPD negativa. Se solicitaron estudios inmunológicos, incluyendo la prueba NBT. Se realizaron ecografía mediastinal y esplénica con imágenes heterogéneas hipoeoicas y conglomerados adenopáticos predominantemente mediastinales, tomografía axial computada toracoabdominal con imagen hiperintensa que desplaza mediastino y grandes vasos. La biopsia de dicha lesión informa caseum a la macroscopía. Finalmente se recibe resultado de estudio inmunológico NBT positivo. Como único antecedente personal, había presentado a los 15 días de vida una adenopatía supurada submaxilar derecha que resolvió espontáneamente.

### CONCLUSIÓN

Ante un niño que presenta a temprana edad, adenopatía supurada, sin diagnóstico etiológico, síndrome febril prolongado, exantema maculopapular, tener presente dentro de los diagnósticos diferenciales las inmunodeficiencias, en este caso Enfermedad Granulomatosa Crónica.





## ENFERMEDAD NEUMOCOCICA INVASIVA: DE LO FRECUENTE A LO INFRECUENTE

Vacarezza Morelli S.<sup>1</sup>; Paganini A.<sup>2</sup>; Morales I.<sup>3</sup>; Gonzalez M.<sup>4</sup>; Yazde M.<sup>5</sup>; Sosa R.<sup>6</sup>; Cancellara A.<sup>7</sup>; Muriega P.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<yuni\_81@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La enfermedad invasiva por neumococo constituye una de las principales causas de morbilidad en niños de todo el mundo. Aunque *Streptococcus pneumoniae* representa solo el 3%-7% de los casos de endocarditis en niños, a menudo ocasiona graves complicaciones.

### OBJETIVOS

Presentación de un caso de infección invasiva por *Streptococcus pneumoniae* en un adolescente sano deportista.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 17 años, deportista, que cursa síndrome febril prolongado de 15 días de evolución, acompañado de pérdida de peso y dolor en región sacroiliaca derecha. Se realiza hemograma y ecografía abdominal normales. Hemocultivos 2/2 positivos para Cocos Gram. Positivo. Se medica con Vancomicina y Ceftriaxona. Se realiza búsqueda de focos profundos: Centellograma Óseo, Resonancia Magnética Nuclear de columna lumbosacra, Rx cráneo frente y perfil, Ecocardiograma en donde se encuentra en valva anterior de válvula tricúspide vegetación cecil. En la evolución presenta disnea y dolor en puntada de costado en hemotórax derecho, con sospecha de Tromboembolismo Pulmonar se realiza Centellograma V/Q el cual confirma el diagnóstico. Se indica anticoagulación con enoxaparina, intervención quirúrgica para exéresis de la vegetación. Con evolución favorable. Se ajusta anticoagulación con acenocumarol.

### CONCLUSIÓN

*Streptococcus pneumoniae* es una causa poco frecuente de endocarditis, que rara vez afecta a la válvula tricúspide, y aun más raro en paciente sano sin patología estructural. Los mejores resultados terapéuticos se obtienen, combinando tratamiento médico y quirúrgico. La vacuna antineumocócica ha cambiado la epidemiología y es imprescindible como estrategia preventiva.

## SME. DE GUILLAIN BARRÉ ASOCIADO A INFECCION POR MYCOPLASMA. A PROPOSITO DE UN CASO

Salguero M.<sup>1</sup>; García J.<sup>2</sup>; Capurso C.<sup>3</sup>; Germoglio M.<sup>4</sup>; Coomans V.<sup>5</sup>

HTAL. MV. MARTINEZ, GRAL. PACHECO<sup>1,2,3,4,5</sup>

matachos24@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones neurológicas en la infección por *Mycoplasma* se presentan en un 6 a 7% de los casos como meningoencefalitis, meningitis aséptica, ataxia cerebelosa, encefalitis desmielinizante aguda y sme. de Guillain-Barré.

El Sme. de Guillain-Barré es una poliradiculoneuropatía aguda inflamatoria de inicio súbito y de etiología generalmente autoinmunitaria. Es la causa más común de parálisis flácida aguda y subaguda en niños, caracterizada por debilidad muscular simétrica o parálisis motora flácida rápidamente progresiva y ascendente, acompañada de disminución o ausencia de reflejos osteotendinosos. Se ha asociado principalmente al antecedente de infecciones por C. jejuni, CMV, EBV, HZV, M. pneumoniae y H. influenzae.

El objetivo del presente trabajo es describir la presentación clínica y evolución de una paciente que presentó Sme de Guillain Barré asociado a infección por *Mycoplasma*.

### OBJETIVO

Describir un caso clínico de Sme de Guillain Barré en un paciente pediátrico asociado a infección por *Mycoplasma*.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 5 años de edad con cuadro de 72 hs. de evolución caracterizado por inestabilidad postural, ataxia, decaimiento, hiporexia y sialorrea. Al examen físico, reflejos osteotendinosos patelar y aquiliano abolidos y debilidad muscular simétrica a predominio de miembros inferiores.

Se realizó, previo TAC de cerebro normal, PL constatándose disociación albumino- citológica (proteíorraquia 259/leucocitos 1/mm<sup>3</sup>).

Evolucionó desfavorablemente requiriendo internación en UTIP, ARM por 6 días, recibiendo  $\gamma$ -globulina 5 días.

Presentó HMCx2 y cultivo de LCR sin rescate de germen e IgM + para M. pneumoniae en sangre. Se indicó claritromicina, con evolución favorable, sin secuelas neurológicas.

### COMENTARIOS

Dentro de las manifestaciones extrapulmonares del *Mycoplasma*, el compromiso neurológico es poco frecuente, sin embargo puede revestir gravedad.

Es relevante tener en cuenta a este agente etiológico, que suele ser un microorganismo subestimado en pediatría, y que generalmente cursa con cuadros respiratorios benignos, pero que pueda ocasionar multiplicidad de síntomas.



## EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD MATERNA EN LA ACEPTACIÓN DE UNA CONDICIÓN MÉDICA GRAVE EN SU HIJO. A PROPÓSITO DE 8 CASOS DE MUCOPOLISACARIDOSIS EN TRATAMIENTO CON REEMPLAZO ENZIMÁTICO

RPD  
056

Vazquez N.<sup>1</sup>; Arberas C.<sup>2</sup>; Fernández M.<sup>3</sup>; Szlago M.<sup>4</sup>; Samanierno C.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ, SECCIÓN DE GENÉTICA; CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA UCA<sup>1</sup>; HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ, SECCIÓN DE GENÉTICA<sup>2,3,4</sup>; CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA Y PSICOPEDAGOGÍA UCA<sup>5</sup>  
nataliavazquezinv@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Las Mucopolisacaridososis son enfermedades lisosomales, progresivas graves, con compromiso multisistémico. No existen estudios que midan suficientemente el impacto que estos diagnósticos imprimen sobre la vida familiar.

### OBJETIVOS

Estudiar y comparar, en madres de niños con MPS-IV y MPS-VI, sus niveles promedio de a) alfabetización y comprensión de información genética, b) empoderamiento y adaptación psicológica a la enfermedad de sus hijos, c) problemas en salud mental.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo sobre 8 pacientes, siete niñas y un niño entre 7 y 13 años, 4 de ellos con diagnóstico de MPS-IV y 4 con MPS-VI, que se encuentran en tratamiento de reemplazo enzimático (RE) en un hospital pediátrico. Se realizaron entrevistas presenciales a las madres, utilizando 1) Genetic Health Literacy Screening Tool (mide conocimiento en genética), 2) Genetic Counseling Outcome Scale (mide empoderamiento parental) 3) Psychological Adaptation Scale (mide la adaptación psicológica a la enfermedad del hijo), 4) Adult Self Report (mide problemas en salud mental).

### RESULTADOS:

- Los niveles de alfabetización (59.50 vs. 56.50) y comprensión de información genética (5.00 vs 4.75) fueron mayores en el grupo de madres de pacientes con MPS-VI, en comparación con MPS-IV.
- El empoderamiento (148.75 vs. 142.00) y la capacidad de adaptación psicológica a la enfermedad de sus hijos (73.75 vs. 67.00) también fue mejor en el grupo de madres de pacientes con MPS-VI, en comparación con MPS-IV.
- Al considerar los problemas de salud mental (45.50 vs. 34.75), estos fueron más elevados en el grupo de madres de pacientes con MPS-IV, en comparación con MPS-VI.

### CONCLUSIONES

Este trabajo aporta conocimiento de la capacidad parental para afrontar el diagnóstico de enfermedad grave en sus hijos. La comprensión de la información genética y la adaptación psicológica (en términos de afrontamiento, autoestima, integración social y bienestar espiritual) colaboran para lograr mejor manejo de la enfermedad en términos de empoderamiento y tener menores problemas de salud mental.

Las diferencias encontradas según el tipo de MPS podrían tener relación con diferentes motivos, no interpretables por estos métodos, aunque podría ser entre otros el tiempo de acceso al tratamiento por RE que posea el grupo de MPS-VI vs el de MPS IV.

## PTI COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INICIAL DE COLITIS ULCEROSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
057

Graziani M.<sup>1</sup>; Moser M.<sup>2</sup>; Cosentino M.<sup>3</sup>; Rojo G.<sup>4</sup>; Ditaranto A.<sup>5</sup>; Vidal J.<sup>6</sup>; Formisano S.<sup>7</sup>; Fernie M.<sup>8</sup>

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

<pau\_graziani@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La Colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria crónica idiopática cuya incidencia en la población pediátrica es de 1-4/100000. A diferencia de las formas adultas, las pediátricas son extensivas en el 60-80% de los casos y suelen presentarse de manera más agresiva. Puede asociarse a manifestaciones extraintestinales, entre ellas a la PTI en un 0,1-0,48%. El diagnóstico es clínico e histológico. Se cuenta con varios escalones terapéuticos para el control sintomático.

### OBJETIVOS

Tener presente esta asociación para valorar las diferentes opciones terapéuticas, particularmente en los casos refractarios, y su posible vínculo con H pylori.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente varón de 12 años con antecedente de PTI refractaria estudiado con PAMO normal, que ingresa a nuestro servicio por diarrea sanguinolenta y pérdida de peso de 1 mes de evolución. Presenta perfil celíaco y colagenograma normales, anemia y plaquetopenia severa, con alto requerimiento transfusional. VEDA y VCC: CU y gastritis crónica con H pylori positivo. Recibe azatioprina, mesalazina y meprednisona. Al mes se repite VCC sin cambios, continuando con similar clínica, por lo que se interpreta como CU corticorresistente. Se decide continuar con infliximab como siguiente escalón terapéutico. Evoluciona con mejoría de los síntomas gastrointestinales, eutrófico, actualmente en fase de mantenimiento, persistiendo con manifestaciones de PTI.

### CONCLUSIÓN

La CU asociada a PTI representa un desafío terapéutico. Existen escasos reportes de dicha asociación. Una hipótesis etiológica sugiere la aparición de anticuerpos cruzados contra antígenos plaquetarios al translocarse microorganismos durante la fase subclínica de la CU. El tratamiento de la CU (en este caso con anti-TNF) es clave en el manejo de estos pacientes y la gammaglobulina sigue siendo una opción efectiva en los casos de PTI severa. Algunos trabajos demuestran resolución de la PTI con colectomía y otros no; no pudiendo concluir acerca de la eficacia de dicha intervención y sugiriendo un curso probablemente independiente al de la CU. Asimismo, existen casos asociados a H pylori en los que, a pesar de la remisión de la CU, la PTI solo mejoró luego del tratamiento erradicador del germen.



## SUH ATÍPICO POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*. A PROPÓSITO DE UN CASO

Graziani M.<sup>1</sup>; Moser M.<sup>2</sup>; Morell M.<sup>3</sup>; Cosentino M.<sup>4</sup>; Bonardo V.<sup>5</sup>; Fernie M.<sup>6</sup>

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<pau\_graziani@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El Síndrome Urémico Hemolítico atípico (SUH d-) se caracteriza por la tríada de anemia hemolítica microangiopática, lesión renal y plaquetopenia que no se debe al efecto de la toxina shiga. Una forma poco frecuente del SUHd- se asocia a infecciones invasivas causadas por *Streptococcus pneumoniae*.

### OBJETIVOS

Presentar un caso de enfermedad neumocócica invasiva, con impacto respiratorio, neurológico y renal. Revisar el abordaje del SUHd- por dicho germen y su pronóstico. Plantear la emergencia de nuevos serotipos luego de la incorporación de la vacuna antineumocócica conjugada 13-valente.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 10 meses, previamente sano, con esquema de vacunación completo para la edad, incluyendo 2 dosis de Prevenar 13. Ingresar por CVAS, fiebre y mala actitud alimentaria de 48 hs de evolución. Se constata irritabilidad, fontanela tensa y rigidez de nuca. Se realiza laboratorio con leucocitosis a predominio neutrofílico y PCR aumentada. TAC normal. LCR: glóbulos blancos 7200/ml a predominio neutrofílico e hiperproteinorraquia. Hemocultivos positivos para cocos en cadena. Inicia tratamiento con ceftriaxona y vancomicina. Evoluciona en 24 hs con empeoramiento clínico y analítico con plaquetopenia, anemia y leucopenia por lo que ingresa a UTIP. Se aísla *S. pneumoniae* serotipo 12F sensible a penicilina en hemocultivos y cultivo de LCR. Durante su

internación presentó deterioro de la función renal con anuria, asociado a anemia, plaquetopenia y esquistocitos en FSP, arribándose al diagnóstico de SUHd- con requerimiento de diálisis peritoneal por 13 días. Presentó crisis hipertónica generalizada que precisó sedación e ingreso a ARM por 12 días. En la RMN cerebral se evidenciaron colecciones subdurales fronto-parietales bilaterales y dilatación ventricular, con posterior drenaje quirúrgico.

Egresar a los 51 días con mejoría clínica y analítica, continuando en seguimiento ambulatorio.

### CONCLUSIÓN

La enfermedad neumocócica invasiva genera gran morbilidad en los niños. El SUHd- es una de sus complicaciones, aunque poco frecuente. La introducción de la vacuna 13-valente modificó la prevalencia de los serotipos que la causan y disminuyó la carga de formas invasivas en menores de 1 año.

## SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Bouso C.<sup>1</sup>; Marmo G.<sup>2</sup>; Fustiñana A.<sup>3</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>

<carolina.bouso@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El síndrome de vena cava superior (SVCS) representa una emergencia médica poco frecuente, pero con elevada morbimortalidad, que suele asociarse a tumores malignos con compromiso mediastinal.

### OBJETIVO

Describir un caso de SVCS como debut oncológico en un paciente pediátrico.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 6 años de edad, quien acude al Servicio de Emergencias de nuestro hospital luego de consultar a oftalmólogo de otra institución por empeoramiento de estrabismo ya conocido, con fondo de ojo normal. A la llegada al triage, se constata paciente con marcha atáxica y estrabismo convergente izquierdo. En la evaluación secundaria, la madre refiere uso de psicofármacos, por lo que es ingresada a la sala de reanimación con sospecha de intoxicación aguda. Se coloca acceso venoso; evoluciona con llanto, apnea, paro respiratorio y bradicardia extrema revirtiéndose con ventilación con ambú. Sufre convulsión tónico-clónica generalizada, cediendo con lorazepam. Se toma muestra de orina para tóxicos. Posteriormente comienza con estridor espiratorio y edema en cara y cuello. Se asume como anafilaxia y se administra adrenalina intramuscular. Se decide intubación electiva. Se realiza radiografía de tórax en sala de reanimación donde se constata mediastino ensanchado. La paciente pasa a Unidad de Cuidados Intensivos. Durante el transcurso de la

internación se observa en ecografía cervical una masa de 6.6 x 4 cm por delante de la vena cava superior, con disminución del calibre de la misma, sin trombosis. Finalmente, se evidencian blastos en sangre periférica y con punción-aspiración de médula ósea se arriba al diagnóstico de leucemia linfocítica aguda (LLA) tipo T. Además, la muestra para tóxicos en orina resulta positiva para benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos (fármacos utilizados por la madre para su tratamiento psiquiátrico). Diagnóstico final: Intoxicación aguda por psicofármacos, SVCS como debut oncológico de una LLA tipo T.

### CONCLUSIÓN

El síndrome de vena cava superior es una condición rara e infrecuente en niños, pero que constituye una emergencia médica real que requiere tratamiento inmediato. Puede presentarse en el debut de una enfermedad oncológica, pero también en la fase de diagnóstico o aún en la fase terminal.



## A RAZÓN DE UN CASO DE VARICELA COMPLICADA: CASO CLINICO

Savoye N.<sup>1</sup>; Ciro G.<sup>2</sup>; Perez A.<sup>3</sup>; Rojas M.<sup>4</sup>; De Santis A.<sup>5</sup>; Mayo R.<sup>6</sup>; Molina F.<sup>7</sup>

SANATORIO SANTA FE<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

nadia\_s682@hotmail.com

RPD  
060

### INTRODUCCIÓN

La varicela es una infección producida por el virus varicela zoster. Dentro de sus complicaciones, las pulmonares ocupan el tercer lugar, siendo la forma clínica más frecuente la neumonía, con o sin derrame, de etiología bacteriana.

### OBJETIVO

Presentación de un caso clínico de niño con varicela complicada con neumonía asociada a derrame pleural.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años de edad, masculino, oriundo de Reconquista cursando varicela de 12 días de evolución asociada a fiebre. Al 11 día asoció tos catarral, taquipnea, decaimiento generalizado y dolor de tipo puntada de costado, consulto en Hospital local donde se solicita radiografía de tórax y laboratorio. Luego de ello se decide su internación por diagnóstico de neumonía izquierda complicada con derrame pleural. Inició tratamiento con oxígeno, ampicilina y clindamicina (dosis habituales). A los 2 días de su ingreso realizan punción pleural en tres oportunidades con extracción de 309 ml de líquido citrino, pese a dicho procedimiento no se evidencia mejoría clínica por lo que derivan a nuestro nosocomio para tratamiento y manejo quirúrgico.

### EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

Paciente afebril, bien perfundido, disminución de la entrada de aire en hemitorax izquierdo, soplo tubarico, estertores crepitantes en hemitorax homolateral, FR: 20 X'.

Se realiza interconsulta con cirugía infantil.

### TRATAMIENTO

Oxígeno 2 litros, vancomicina 40mg/kg/día, toracocentesis y tubo de drenaje pleural izquierdo en 5to espacio intercostal línea medioaxilar.

Estudios complementarios realizados.

Laboratorio: Hto 28 GB 14100 ( 77/20 ) eritro 44 PCR ++++ Glucemia 0,83 uremia 0,19 proteinemia 6,60 albúmina 3,70 Sodio 140 potasio 3,5 Ca 8,40 Estado ácido base: normal.

Baciloscopia negativa.

Cultivo de líquido pleural: negativo.

HMC: no se obtuvo desarrollo Tac de tórax con contraste: atelectasia y extenso derrame pleural izquierdo asociado a colapso de pulmón homolateral con áreas de broncograma aéreo. Estructuras del mediastino desplazadas hacia la derecha. Consolidación basal del pulmón derecho leve.

Cursando su 14 día de internación, con buena evolución clínica, se extrae tubo de drenaje pleural, suspende antibióticos y al 15 día se decide alta sanatorial.

### CONCLUSIÓN

La varicela aún es causa de importante morbimortalidad en menores de 5 años, más aún en aquellos que no han sido vacunados. Si bien la neumonía por varicela en niños es rara, se debe descartar complicación bacteriana (*Staphylococcus Aureus*, *Streptococcus pneumoniae*).

## NEFROBLASTOMATOSIS

Pujadas E.<sup>1</sup>; Sanchez Bustamante M.<sup>2</sup>; Cano D.<sup>3</sup>

HOSPITAL FEDERICO FALCON DE DEL VISO<sup>1 2 3</sup>

<evangelinapujadas@gmail.com>

RPD  
062

### INTRODUCCIÓN

La nefroblastomatosis es una entidad poco frecuente que debe ser seguida longitudinalmente por su capacidad de desarrollar un nefroblastoma.

### OBJETIVO

Presentar un paciente con diagnóstico de nefroblastomatosis, diagnósticos diferenciales y su seguimiento.

### CASO CLÍNICO

Traen a la consulta un niño sano de 2 meses de edad por presentar fiebre sin foco. Se realizan exámenes complementarios y tras obtener un sedimento urinario patológico se interna para tratamiento antibiótico endovenoso. Se trata de un paciente nacido a término con alto peso para la edad gestacional. Los cultivos de sangre y LCR resultaron negativos, el UC positivo para una *E. Coli* >105 UFC. Se realiza eco renal en la que se evidencia una formación nodular sólida de 26x29x28mm en riñón derecho. Se realiza una TAC abdomino-pélvica con contraste. Se realiza interconsulta con urología para descartar Tumor de Wilms (TW), los especialistas interpretan dicha formación nodular como nefroblastomatosis y aconsejan su seguimiento en forma ambulatoria con ecografías periódicas. A los 6 meses se realiza una nueva ecografía en la cual no se visualiza dicha imagen. El estudio fue informado como normal.

### DISCUSIÓN

La nefroblastomatosis es tejido nefrogénico residual (RN) anormal luego de la semana 36 de gestación, con la capacidad de evolucionar hacia TW. Existen dos tipos, el intralobar (10%) y el perilobar (90%). Los cambios neoplásicos ocurren excepcionalmente (<1%), por lo que es considerada como una entidad de buen pronóstico y de presentación asintomática. Existen síndromes genéticos asociados a los RN. Los pilares para el diagnóstico de una masa abdominal son la clínica y las imágenes. El estudio complementario más importante es la ecografía, aunque la tomografía y la resonancia magnética también aportan datos de interés. Acceder a estos estudios nos permitirá en conjunto con el servicio de urología determinar una conducta adecuada. No todos los pacientes requerirán la totalidad de dichos estudios por lo que la evaluación clínica es primordial.

### CONCLUSIÓN

Frente a un niño que presenta una masa abdominal es importante descartar el TW, no obstante se deben pensar en otras etiologías como riñón poliquistico, hidronefrosis y nefroblastomatosis, las cuales son entidades benignas. Es indispensable el seguimiento longitudinal, clínico e imagenológico, a fin de detectar alteraciones tempranamente.





## A PROPÓSITO DE UN CASO: ECTIMA GANGRENOSO POR *PSEUDOMONA AERUGINOSA* EN PACIENTE NEUTROPÉNICO FEBRIL PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD

RPD  
064

Aresca M.<sup>1</sup>; Rubio M.<sup>2</sup>; Salimena L.<sup>3</sup>; Marone S.<sup>4</sup>; Gonzalez V.<sup>5</sup>; Sancilio A.<sup>6</sup>

HOSPITAL EVITA LANUS<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

arescalaura@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El ectima gangrenoso se define como vasculitis bacteriana necrotizante de pequeñas venas de la piel, que afecta con mayor frecuencia a pacientes inmunocomprometidos como neutropénicos, oncohematológicos, quemados, siendo el principal agente causal la *Pseudomona Aeruginosa*. Plantea un desafío sospechar este cuadro en niños previamente sanos.

### OBJETIVOS

- Describir lesión compatible con ectima gangrenoso en paciente neutropénico febril no oncológico
- Conocer principal agente causal y factores de riesgo que predisponen a esta patología.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente previamente sano de 2 años, febril, con lesión ulcerada de 1 cm de diámetro en cara interna de muslo derecho de 48 hs de evolución, que presenta bordes necróticos y fondo granulomatoso asentando sobre mácula violáceo-purpúrea de bordes bien delimitados con importante edema e impotencia funcional.

Se realiza hemograma que muestra neutropenia severa, HMCx2 y cultivo por punción de piel sana. La ecografía y TAC muestran engrosamiento del TCS, sin colecciones ni compromiso óseo. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona 100 mg/kg/día, amikacina 15 mg/kg/día y vancomicina 60 mg/kg/día.

A las 24 hs se reciben resultado de HMCx2 y cultivo por piel sana siendo positivo para *Pseudomona Aeruginosa*, adecuando a Meropenem 60 mg/kg/día más amikacina.

En pocas horas la lesión compromete todo el miembro inferior derecho abarcando toda su circunferencia. Concomitantemente, el niño comienza con inestabilidad clínica y hemodinámica, sensorio alternante, ingresando a UTIP, con imposibilidad de realizar conducta quirúrgica. El paciente evoluciona desfavorablemente, en shock séptico refractario a inotrópicos, con progresión al fallo multiorgánico y óbito a las 24 hs, no pudiéndose descartar etiología del cuadro hematológico por el rápido desenlace y negativa parental.

### CONCLUSIÓN

El Ectima Gangrenoso es una infección grave y poco frecuente, que suele presentarse en pacientes inmunocomprometidos, especialmente neutropénicos, cuyo agente principal es la *Pseudomona Aeruginosa*. Nuestro caso demuestra que aún en niños sin antecedentes se debe sospechar esta entidad y que constituye una emergencia infectológica. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado con terapia antibiótica sistémica es crucial ya que su evolución es rápida y su índice de mortalidad es muy elevado

## TUBERCULOSIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
065

Grabowiezki A.<sup>1</sup>; Ptaszczyk Y.<sup>2</sup>

HOSPITAL PEDIATRICO FERNANDO BARREYRO<sup>1,2</sup>

blodymary\_1004@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad cuya presentación más común es la pulmonar. Las localizaciones extrapulmonares constituyen entre el 15% y el 20%, siendo las más frecuentes en nuestro país la pleural, ganglionar y, en menor medida, meníngea, miliar, abdominal y osteoarticular. Debido al escaso número de bacilos presentes en las localizaciones extrapulmonares, tienen menor proporción de confirmación bacteriológica.

### OBJETIVOS

Exponer un caso clínico de sintomatología inespecífica cuyas formas extrapulmonares registran un bajo porcentaje

### CASO CLÍNICO

Niño de 6 años con diagnóstico de síndrome meníngeo y parálisis facial derecha. TAC de cerebro con hidrocefalia no comunicante. Laboratorio: Hto: 41%, GB: 11.900/mm<sup>3</sup> (Fla: 84-12), glucemia 108 mg/dl, ESD: 15. LCR: glucorraquia 0,19 g/l; proteinorraquia 0,39 g/l; RC: 35/mm<sup>3</sup> MNM: 40%; PMN: 60%.RX pulmonar con infiltrado intersticial difuso bilateral. Cultivos de LCR y HMC X 2 negativos. Se asumió como meningitis bacteriana, se medicó con Cefotaxime. Al décimo día presentó fiebre; Electroencefalograma normal, RNM de cerebro: hidrocefalia no comunicante y signos de vasculitis. Fondo de ojo: edema de papila bilateral con compromiso de ojo derecho; se indicó Furosemida y Azetazolamida. Presentó también convulsiones con signos de hipertensión endocraneana. LCR: glucosa 0,09 g/l, proteinorraquia

1,18 g/l, RC: 315/mm<sup>3</sup>, PMN: 50%, MMN: 50%. Laboratorio: Hto: 39%, GB: 32.390/mm<sup>3</sup> (Fla:87-L4). Se asumió como IACS a foco meníngeo, se indicó Vancomicina, Imipenem, Dexametasona e ingresa a Terapia Intermedia.TAC de cerebro con hidrocefalia moderada. Se colocó drenaje ventricular externo. Al reinterrogatorio surgió: abuelo paterno, conviviente tosedor crónico fallecido por cuadro respiratorio 5 meses atrás. Se sospechó meningitis por TBC probable. Se agregó: Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol.Se realizaron cultivos periódicos de LCR, en uno de ellos se aisló bacilo gram negativo sensible a Meropenem; se cambió el drenaje ventricular externo. Se suspende Vancomicina. LCR: PCR (-) y ADA (+), tuberculosis (-). A los 53 días se colocó válvula de derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia supratentorial con citoquímico de LCR normal Se otorgó alta hospitalaria con tratamiento con Rifampicina, Isoniacida, Etambutol, Pirazinamida.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En pacientes con signos meníngeos, mala evolución a pesar del tratamiento antibiótico, presencia de parálisis facial, hidrocefalia evolutiva, debe tenerse en cuenta entre los diagnósticos, la tuberculosis meníngea más aún en pacientes bajo condiciones socioeconómicas, ambientales y sanitarias inadecuadas. Un buen interrogatorio orientado al catastro familiar puede inducir a la sospecha.

El hallazgo de la micobacteria en los cultivos es poco frecuente, por lo que debe tenerse en cuenta otras herramientas como PCR y ADA en líquido cefalorraquídeo.



## A PROPÓSITO DE KWASHIORKOR

Battaglia C.<sup>1</sup>; Iranzo M.<sup>2</sup>; Carlucci S.<sup>3</sup>; Mayer M.<sup>4</sup>; Arévalo T.<sup>5</sup>; Vicente J.<sup>6</sup>; Vernarelli M.<sup>7</sup>; Savini I.<sup>8</sup>

HOSPITAL ERILL- ESCOBAR<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

<ceciliabattaglia@gmail.com>



### INTRODUCCION

Kwashiorkor significa desnutrición proteico-calórica grave de la primera infancia. Debido a una dieta baja en energía, proteínas, vitaminas y minerales pudiendo generar retardo en el desarrollo, el peso y la estatura, siendo los signos más destacables los edemas generalizados, asociados a hipoalbuminemia y la presencia de hígado graso conservando la masa magra y la muscular.

### OBJETIVOS

Brindar un panorama lo suficientemente abarcativo para abordar una patología de enfoque multidisciplinario que aún en estos tiempos sigue estando presente en la población vulnerable.

### DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 19 meses, RNT, PAEG que consulta por edema en rostro y cuadro de gastroenterocolitis e intolerancia oral de 24 hs. Datos relevantes al ingreso: ausencia de vacunación, ingesta a base de hidratos de carbono (pan) y antecedente de ascariasis 2 meses previo a su ingreso, mal medio social, signos de avitaminosis, edemas MMII, bipalpebral, laboratorio: hipoalbuminemia, hipoproteinemia, colesterol total normal, hipertrigliceridemia, anemia hipocrómica microcítica, sin proteinuria, con función renal normal. Con diagnóstico de edemas en estudio se decide su internación. Se realiza IC con servicio de nutrición y se comienza con terapia de recupero nutricional. Durante su internación realiza cuadro de sepsis por neumococo a punto de partida pulmonar

cumpliendo ATB por 14 días. Asimismo luego de instaurada la terapéutica se observa un descenso de los edemas, normalización de los valores de laboratorio y recupero nutricional siendo dada de alta luego de 21 días de internación con seguimiento multidisciplinario.

### CONCLUSIÓN

Ante la signosintomatología de la paciente y la mejoría clínica que presenta durante su internación a partir del recupero nutricional concluimos como diagnóstico presuntivo de este caso Kwashiorkor dado que se trata de una desnutrición severa de comienzo agudo durante la primera infancia con déficit proteico exclusivo.

Por lo tanto, a pesar de encontrarnos en el siglo XXI, en el conurbano bonaerense a sólo 50 km de CABA y contar con acceso a la salud pública, estamos obligados como médicos a considerar este tipo de patologías en la práctica diaria, ya que aún se registran casos de desnutrición severa que dan cuenta de necesidades básicas insatisfechas en nuestra población.

## DEL CAMPO A LA CIUDAD, PRIMER CASO DE HIDATIDOSIS HEPATOPULMONAR (HHP) PEDIATRICA EN HOSPITAL GENERAL

Amato M.<sup>1</sup>; Díaz Y.<sup>2</sup>; De Silvio E.<sup>3</sup>; Marone S.<sup>4</sup>; Arias L.<sup>5</sup>

HIGA EVITA LANUS<sup>1 2 3 4 5</sup>

<m.eugenia.amato@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Hidatidosis zoonosis por Echinococcus granulosus (Eg), asociada áreas de producción ganadera, infraestructura sanitaria deficiente y población de perros sin desparasitar. El hombre adquiere la infección accidentalmente por agua o alimentos contaminados con huevos del parásito.

### OBJETIVO

Presentar primer caso de hidatidosis hepatopulmonar pediátrica en HIGA Evita proveniente de zona urbana.

### DESCRIPCIÓN

Niño de 6 años, previamente sano, vacunación completa, sin antecedentes de relevancia, consulta por fiebre y dolor en región costal izquierda de 6 días de evolución. Se encuentra febril, taquipneico, hipoventilación en campo medio de hemitórax izquierdo. En Rx torax, radiopacidad campo medio. Se asume como Neumonía aguda de la comunidad, inicia tratamiento (tto) con Amoxicilina. Concorre a control con fiebre en descenso y dolor en puntada de costado y abdominal difuso. Se solicita ecografías pleural (sin derrame pleural), abdominal (quiste con ecoestructura heterogénea), de parénquima pulmonar (quiste en tercio pulmonar izquierdo, con finos tabiques en su interior), se sospecha HHP, se solicita interconsulta (IC) con infectología, se amplían estudios (laboratorio normal, serologías parasitarias negativas, TAC Toracoabdominal), confirman el diagnóstico. Catastro familiar negativo. Inicia

tto antiparasitario. Seguimiento ambulatorio con laboratorios e imágenes, observándose a los 8 meses disminución leve de ambos quistes. Posteriormente presenta vómica, se envía muestra a parasitología, al examen directo: ganchos patognomónicos de E. granulosus. Nueva TAC Toracoabdominal: quiste pulmonar cavitado. Se IC con servicio de Parasitología de Hospital pediátrico, sugieren repetir TAC del tórax: no se observan cambios significativos. Se reinicia tto antiparasitario, se mantiene conducta quirúrgica expectante.

### CONCLUSIÓN

El hallazgo de lesiones quísticas en hígado y pulmón debe hacer sospechar el diagnóstico de hidatidosis. Es interesante destacar que el niño proviene de zona urbana lo que planteó el desafío diagnóstico. La serología negativa no lo descarta, en niños es lo más frecuente. La sospecha se confirmó con las imágenes iniciales, certificándose con la vómica patognomónica con presencia de ganchos de E. granulosus, el primer descrito en nuestro hospital. La bibliografía plantea el tto quirúrgico de quistes pulmonares, aun se mantiene conducta quirúrgica expectante, 6 meses post tto, el quiste disminuyó de tamaño, sin nuevas complicaciones.



## ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA OPORTUNIDAD PERDIDA EN VACUNACION EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD. TRABAJO PROSPECTIVO

PO  
069

Costa Paz C.<sup>1</sup>; Blando M.<sup>2</sup>; Hernandez E.<sup>3</sup>; Zambrano J.<sup>4</sup>

HOSPITAL JP GARRAHAN<sup>1 2 3 4</sup>

<catalinacostapaz@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Es habitual observar pacientes con carnets de vacunas incompleto constituyendo un riesgo individual y poblacional evitable.

En un relevamiento transversal de carnets de vacunas realizado en Enero 2016 en este hospital, se encontró que un 55 % de los pacientes no presentaban carnet al momento de solicitarlo. Del 45% restante, 54% lo tenía incompleto.

Debido a la alta prevalencia de pacientes no vacunados, decidimos evaluar la oportunidad perdida en vacunación e implementar estrategias orientadas a reducirla.

### OBJETIVOS

Reducir la oportunidad perdida en vacunación.

Evaluar la eficacia de las estrategias implementadas.

### MÉTODOS

Se realiza un estudio prospectivo, longitudinal, experimental y analítico.

### POBLACIÓN

Pacientes internados en cuidados intermedios y moderados de un htl de alta complejidad, en el periodo Enero- Abril 2016.

Se seleccionaron 60 pacientes internados con carnet incompleto previo a implementación de estrategia y otros 60 luego de la misma.

Se implementaron estrategias dirigidas a médicos tratantes y familiares de pacientes. A los primeros se les entrego lista de tareas al planificar el alta del paciente y guía breve de vacunación con el calendario nacional e indicación en huéspedes inmunocomprometidos.

A los familiares se les entrego folleto al ingreso hospitalario en admisión, se colocaron avisos en areas comunes y se proyecto un spot en la pantalla de entrada principal.

Se evaluaron tanto pre como post estrategia si los pacientes seleccionados habían sido vacunados, verificándolo en registro del vacunatorio.

### RESULTADOS

Oportunidad perdida en vacunación:

> Preestrategia: 88.4%

> Posestrategia: 67%

> Reducción: 21 %

> Segun encuesta realizadas a los médicos aumentó un 14 % la revisión del carnet y mejoró un 18% la indicación de vacunación. El 76% percibe útiles las estrategias.

> Segun la realizada a padres un 65% de los carnets fueron evaluados, 24 % observó la cartelera, ninguno solicito la evaluación del carnet.

### CONCLUSIÓN

Se observa que con las estrategias implementadas, sencillas y de bajo costo, se llega a una disminución de 21% de la oportunidad perdida en vacunación, observando que las mismas tuvieron mayor impacto en el personal de salud, con lo cual se propone implementar estrategias a largo plazo para toda la comunidad hospitalaria con el fin de reducir aun más la oportunidad perdida en vacunación.

## SHOCK TOXICO ESTREPTOCÓCICO EN PACIENTE CON VARICELA

RPD  
070

Garin M.<sup>1</sup>; Challier J.<sup>2</sup>; Miotti E.<sup>3</sup>; Seveso J.<sup>4</sup>; Bertone A.<sup>5</sup>; Alemandi A.<sup>6</sup>; Abalone A.<sup>7</sup>; Atsbury M.<sup>8</sup>

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

<pediatraheep@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad frecuente en la infancia, de curso generalmente benigno. Sin embargo puede presentar complicaciones, siendo la sobreinfección bacteriana estreptocócica la más frecuente.

### OBJETIVOS

Presentacion de caso de Shock toxico estrptococico en paciente con varicela. Plantear complicaciones de una patologia de alta frecuencia y revisar factores de reelevancia predictores de evoucion desfavorable.

### CASO CLINICO

Varón de 5 años se interna por varicela sobreinfectada (segundo contacto) y fiebre de 5 días. Se cultiva y se medica con Clindamicina. Evolucion clinicamente de manera desfavorable con inestabilidad hemodinámica por lo que ingresa a UCIP, donde se sospecha Shock Tóxico. Se realizan hemocultivos y se medica empíricamente con Vancomicina, Ceftazidima y Clindamicina. Se realiza cultivo de secreción de escara necrótica en pectoral derecho y de celulitis abscedada en región escapular izquierda. En cultivos se rescata Streptococcus pyogenes. Permaneció 6 días en UCIP, 48 hs con requerimientos de inotrópicos. En sala completa antibioticoterapia por Shock Tóxico con Clindamicina (21). Tras 22 días de internación por evolución clínica, analítica e imagenológica favorable se otorga alta hospitalaria.

### CONCLUSIÓN

La incidencia de las enfermedades invasivas por Streptococcus pyogenes ha aumentado desde mediados de la década del 80. Actualmente oscilan entre 0,4 y 5 casos/100.000 habitantes por año. Se suele producir en individuos sin ninguna enfermedad subyacente.

La infección previa por el virus de la varicela es uno de los factores de riesgo para enfermedades invasivas por Streptococcus pyogenes en niños previamente sanos. En nuestro país, Paganini et al., encontraron que 45% de los niños con infecciones graves por Streptococcus pyogenes habían tenido previamente varicela. En estos pacientes, la presencia de registros febriles mayores de 39°C después del tercer día, la aparición de fiebre luego de no haberla tenido o la aparición de lesiones localizadas en piel deberán alertarnos acerca de una probable infección invasiva.

Dada la elevada morbimortalidad, jerarquizamos la importancia de la sospecha clínica a fin de realizar precozmente al diagnóstico para establecer el tratamiento inmediato.



## ABSCESO DE PSOAS POR SAMR: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
071

Lopez Iglesias C.<sup>1</sup>; Labanca V.<sup>2</sup>; Rodriguez A.<sup>3</sup>; Meregalli C.<sup>4</sup>; Aprea V.<sup>5</sup>; Debaisi G.<sup>6</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

cmlopeziglesias@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El absceso de psoas es una entidad poco frecuente y de difícil diagnóstico en pediatría. Según su patogenia se diferencian formas primarias por diseminación hematogena de un foco infeccioso oculto, habitualmente causadas por *S. aureus* meticilino resistente (SAMR) y formas secundarias asociadas a infecciones de áreas adyacentes causadas por gérmenes enterales. Se presenta clínicamente con fiebre, dolor y limitación al movimiento de la cadera.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de absceso de psoas primario en un paciente de 4 años de edad.

### CASO CLÍNICO

Niño de 4 años que consulta a la guardia de HGNPE por fiebre y dolor en miembro inferior derecho de 4 días de evolución, agregándose impotencia funcional en las últimas 24 horas. Al examen físico presenta: miembro en abducción y rotación externa, doloroso a la movilización pasiva. Se realiza ecografía de caderas y artrocentesis descartándose artritis séptica. En ecografía abdominal se constata miositis de psoas, decidiendo su internación e iniciando tratamiento con ceftriaxona 50mg/kg/día y clindamicina 30mg/kg/día. A las 24 horas presenta signos de sepsis con hemocultivos positivos para SAMR por lo que se agrega

al tratamiento vancomicina 60 mg/kg/día y pasa a Terapia Intensiva con requerimiento de ventilación no invasiva por 72 horas. Por mala evolución clínica se realiza tomografía computada toraco-abdominal con contraste constatándose absceso de psoas y derrame pleural bilateral. Evoluciona con edema de miembro inferior derecho e hidrocele, se constata por ecografía Doppler trombo en vena ilíaca externa derecha por lo que inicia anticoagulación con enoxaparina. Se realiza drenaje quirúrgico del absceso y se colocan tubos de avenamiento pleural tomando muestras para cultivo que resultan positivos para SAMR. Continúa tratamiento con trimetoprima sulfametoxazol 10 mg/kg/día, vancomicina 60 mg/kg/día y enoxaparina.

### CONCLUSIONES

Se presentó un caso de absceso de psoas primario por SAMR, complicado con trombosis venosa profunda (TVP) y derrame pleural. Este cuadro es infrecuente pero conlleva alta morbilidad con indicación de drenaje y tratamiento antibiótico prolongado. El principal diagnóstico diferencial al inicio es la artritis séptica de cadera. La TVP se encuentra descrita como complicación asociada a la bacteriemia, la compresión y el daño endotelial por lo que debe sospecharse ante la evolución tórpida con edema persistente del miembro homolateral.

## INFECCIONES INVASIVAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA PROVENIENTES DE LA COMUNIDAD (SARM-CO)

RPD  
072

Podbersich C.<sup>1</sup>; Challier J.<sup>2</sup>; Miotti E.<sup>3</sup>; Seveso J.<sup>4</sup>; Bertone A.<sup>5</sup>; Alemandi A.<sup>6</sup>; Abalone A.<sup>7</sup>; Atsbury M.<sup>8</sup>

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

ceciliapodbersich@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

SARM-Co, tradicionalmente considerado un patógeno nosocomial, se ha convertido en una causa importante de infecciones en la comunidad. Su virulencia puede estar relacionada con su capacidad de producir toxinas, como la Pantón-Valentine leucocidina (PVL), que tiene la capacidad de destruir a los leucocitos, lo que resulta en la evasión bacteriana de la función bactericida de los mismos. Aunque inicialmente asociada con infecciones de la piel, recientemente se ha demostrado que la toxina PVL juega un papel esencial en la patogénesis de las infecciones invasivas. Se presentan 4 casos clínicos.

### DESCRIPCIÓN

Piomiositis múltiple a SARM-Co.: 5 años. 12 días de evolución de dolor y tumoración en región cervical izquierda, escapular, glútea derecha e izquierda, asociado a fiebre. Tratamiento (TTO): Drenaje quirúrgico (DQ) y antibiototerapia (ATB) Clindamicina (CLI) y Rifampicina (RFA). Absceso de cadera izquierda y bacteriemia a SARM-Co.: 13 años. 48 hs. de evolución de fiebre, dolor e impotencia funcional de cadera izquierda. TTO: DQ y ATB: CLI y RFA. Artritis séptica de cadera derecha y bacteriemia a SARM-Co.: 4 años. 48 hs. de fiebre, dolor e impotencia funcional de miembro inferior derecho. TTO: DQ y ATB: CLI. Absceso Psoas Izquierdo a SARM-Co.: 4 años. 72 hs. de dolor en flanco izquierdo y fiebre. TTO: DQ y ATB: CLI y RFA.

### COMENTARIOS

En los últimos años se ha producido la aparición e incremento de infecciones causadas por SARM-Co. Los casos de afectación osteomioarticular descriptos corresponden a niños previamente sanos, con antecedentes personales y familiares de forunculosis, con formas clínicas de presentación similar y evolución favorable tras DQ y ATB. Se destaca la importancia de la epidemiología local y la sospecha clínica precoz a fin de instaurar tempranamente un tratamiento empírico para evitar la elevada morbimortalidad relacionada al SARM-Co.





## A PROPÓSITO DE UN CASO: RABDOMIOSAROMA INTRANASAL EN PACIENTE MENOR DE 3 MESES

RPD  
074

Reynoso D.<sup>1</sup>; Franchesca J.<sup>2</sup>; Saseta D.<sup>3</sup>; Pollono A.<sup>4</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA, LA PLATA<sup>1 2 3 4</sup>  
<danielareynols03@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El rhabdomiocarcinoma infantil es un tumor maligno de origen mesenquimatoso que representa aproximadamente 3,5% de los casos de cáncer en niños de 0 a 14 años de edad.

### OBJETIVOS

Conocer el difícil manejo de dicha patología tumoral ante la falta de evidencia en tratamientos quimioterápicos y radioterápicos para este grupo etario.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 1 mes, sin antecedentes patológicos cursando cuadro de vía aérea superior que consulta por presentar registro febril de 38°C y proptosis unilateral aguda. Presenta exoftalmos unilateral izquierdo con estrabismo convergente, pupilas isocóricas reactivas, reflejo rojo presente bilateral, movimientos oculares conservados, oclusión palpebral izquierda incompleta. Fondo de ojo sin particularidades. Resonancia magnética nuclear (RMN) evidencia lesión expansiva en fosa nasal izquierda, con desplazamiento de globo ocular izquierdo y compromiso óseo de 3 cm. Se realiza biopsia endoscópica que informa rhabdomiocarcinoma embrionario. Se amplían estudios sin evidencia de enfermedad a distancia. Comienza quimioterapia según un protocolo, adaptado a peso y edad. Presentó episodio convulsivo, asociado a la medicación constatándose luego progresión tumoral a SNC.

Posteriormente presenta episodios de apneas con desaturación de oxígeno y requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica que lleva a la realización traqueotomía. Inicia quimioterapia de segunda línea, sin respuesta clínica ni por imágenes. Se repite RMN que informa disminución de calibre de vía aérea y extensión del mismo hacia orofaringe.

### DISCUSIÓN

Tumores invasivos de órbita pueden tener una presentación clínica similar a la que tendrían otras entidades por lo que se resalta la importancia en los diagnósticos diferenciales. El cáncer es la segunda causa de muerte infantil y se ha estimado que 5-10% de los tumores malignos en niños se producen en cabeza y cuello. Dentro de los factores pronósticos podemos mencionar principalmente la edad, localización, sub tipo histológico, tamaño tumoral, resecabilidad y presencia de metástasis. Los pilares del tratamiento son la cirugía, quimioterapia y radioterapia. Un grupo de difícil manejo son los lactantes debido a la imposibilidad de utilizar radioterapia y a la necesidad de adecuar dosis de quimioterapia según peso y edad. En este caso se agrega como factor adverso la localización, ya que los sitios parameningeos son irresecables y obligan al tratamiento local con terapia radiante.

## INJURIA MEDULAR AGUDA

RPD  
075

Baviera A.<sup>1</sup>; Contento R.<sup>2</sup>; Sanchez Bustamante M.<sup>3</sup>; Zurdo P.<sup>4</sup>  
HOSPITAL PEDIATRICO FEDERICO FALCON<sup>1 2 3 4</sup>  
<aracelibaviera@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La injuria medular aguda es infrecuente en pediatría pero debe ser tenida en cuenta en todo niño que sufre un politraumatismo o TEC grave.

### OBJETIVO

Describir un paciente con lesión medular incompleta secundaria a accidente en vía pública.

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Niña de 1 año, previamente sana, consulta por imposibilidad de la marcha, bipedestación y sedestación. Como antecedente sufrió, hace 22 días, accidente automovilístico, choque frontal, la niña viajaba en el asiento delantero, tomando el pecho materno, ambas sujetas con el cinturón de seguridad. En dicha oportunidad permanece 24 hs en observación, con buena evolución y estudios complementarios sin alteraciones.

Se interna con sospecha de lesión medular aguda. Al examen físico presenta BEG, paraparesia de MMII. Tripode inestable, ROT+, clonus agotable. Se interconsulta con Neurocirugía del Htal Garrahan. Queda internada en dicho nosocomio. RMN de cerebro: normal. RMN de médula espinal: adelgazamiento focal, discontinuidad y alteración de la señal en el cordón medular a nivel de D5-D6, sin realce luego del contraste. SE CONCLUYE SECCIÓN INCOMPLETA DE MÉDULA ESPINAL A LA ALTURA DE D5-D6. Se realiza abordaje multidisciplinario. La niña permanece estable. Se otorga egreso con seguimiento conjunto entre el Htal Garrahan y el Htal Falcón.

### DISCUSIÓN

La columna cervical de los niños tiene mayor elasticidad ligamentaria, hipodesarrollo e hipotonía de los músculos del cuello. Presentan punto de flexión extensión más elevado y subluxación fisiológica de C2-C3 y C3-C4. La relación entre lesiones cervicales y toraco-lumbares es de 4:1. Las lesiones medulares pueden ser completas o incompletas lo que daría distintos síndromes clínicos: Brown-Séquard, Schneider o centromedular y el síndrome medular parcial. El S.C.I.W.O.R.A, describe a pacientes con manifestaciones neurológicas por Lesión Medular con estudios radiológicos normales. Mecanismo de lesiones: hiperextensión, hiperflexión, distracción o infarto Medular. Se da principalmente en niños menores de 9 años. El manejo incluye la atención prehospitalaria, la evaluación en la emergencia y el tratamiento final.

### CONCLUSIÓN

Sospechar injuria medular aguda en todo paciente con politraumatismo o TEC grave permite realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno, disminuyendo las posibilidades de secuelas y morbilidades asociadas a la misma.



## INTERNACIÓN AMIGABLE EN PEDIATRÍA: UNA NUEVA MODALIDAD EN LA ATENCIÓN

Lepetic S.<sup>1</sup>; Corigliano C.<sup>2</sup>; Gonzalez J.<sup>3</sup>; Aguilera M.<sup>4</sup>; Chocobar M.<sup>5</sup>; Robles L.<sup>6</sup>; Chamorro A.<sup>7</sup>; Toledo P.<sup>8</sup>; Molina I.<sup>9</sup>

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ARTURO OÑATIVIA<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
lepeticsonia@hotmail.com

RPD  
076

Opción a Premio

### INTRODUCCIÓN

Cuando un niño está hospitalizado se altera su imaginación, su vitalidad natural, el niño deja de hablar, de jugar y de sonreír. La iniciativa es llevar una atención en salud amigable para todos los niños internados basados en la Convención de los Derechos de los niños Hospitalizados.

### OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención del niño y su familia en la sala de internación de Pediatría basándonos en los Derechos de los Niños Hospitalizados. Incentivar al equipo de salud haciéndolos partícipes de la gestión. Abrir el Servicio de Pediatría a la comunidad.

### DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

El Servicio de Pediatría tiene un edificio propio anexo al cuerpo principal del hospital que se inauguró hace 3 años. Se internan entre 900 a 1100 niños anualmente.

### POBLACIÓN A LA QUE ESTÁ DESTINADO

Niños/as internados en la Sala de Pediatría y sus familias. Personal del Hospital asistenciales y no asistenciales aliviando su tensión de trabajar en un área sensible como es la Sala de internación de Pediatría, por ser efectores de los procedimientos que se realizan sobre los niños y/o por la participación directa en las actividades de este proyecto. Residentes de Clínica Pediátrica formándolos en un trabajo humanizado.

### ACTIVIDADES DESARROLLADAS HUMANIZACIÓN

Llamar a los niños por su nombre, individuación del espacio y preservación de la intimidad en los procesos de atención. Comunicación: derechos de niños y padres, responsabilidades de los padres. Manejo del dolor: aplicar estrategias farmacológicas, escala del dolor de la OMS y no farmacológicas: musicoterapia. El juego: creación de la sala de juegos, jugar en la habitación. La lectura: se estimula a que los padres, cuidadores y/o voluntarios lean

cuentos a los niños. Entrega de plantas: el lema es "cuidar algo que dependa de nosotros para vivir". Cuenta cuentos, payasos: invitamos al personal del hospital y comunidad a realizar estas actividades.

### RESULTADOS

La experiencia sigue en marcha desde su comienzo hace 2 años el personal de enfermería es el principal motor de la actividad, voluntarios de todas las edades continúan colaborando con donaciones y vienen a "jugar o leer cuentos" una vez por semana. Primer día de lectura para Juan y Alan ... y saben qué? Les encantó! Juan estaba llorando porque decía que le dolía el brazo, pero comencé a leerle y se tranquilizó, hasta participó....Como me llena el alma.....!!!!!! ¿Les dije que me gusta lo que hago? Vecinos de la comunidad colaboraron con el armado de la sala de juegos y pintaron las paredes con motivos infantiles. Los alumnos de la Universidad local realizaron actividades dentro del marco de sus carreras Licenciatura en Comunicación Social y Licenciatura en Trabajo Social.

### EVALUACIÓN

La atención en salud amigable es una modalidad que favorece la recuperación terapéutica fortaleciendo el vínculo padres/hijos, disminuyendo el estrés de la internación y estrechando los vínculos con la comunidad ya que participan del proyecto: grupo de boy scouts, religiosos, vecinos, abuelas, alumnos de colegios locales.

### CONCLUSIONES

El juego y la risa son una necesidad vital para los niños tratamos que continúen durante la internación. La modalidad de atención en salud amigable ha beneficiado a los niños, sus familias y personal del hospital y ha creado un nexo con la comunidad.

## ABSCESO DE PSOAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Garbero D.<sup>1</sup>; Palacios Y.<sup>2</sup>

HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO<sup>1 2</sup>  
<daianagarbero@gmail.com>

RPD  
077

### INTRODUCCIÓN

El absceso del músculo psoas es una afección poco frecuente y de difícil diagnóstico, con una presentación clínica generalmente inespecífica. Se puede diferenciar en absceso primario, aquel que ocurre después de inoculación directa o diseminación hematógena a partir de un foco a distancia; o secundario ocurre por diseminación de estructuras adyacentes, como tejido óseo o tracto genitourinario o intestinal. Los gérmenes intestinales son la causa principal de absceso secundario, mientras que *S. áureas* representa el 80% de los primarios.

### CASO CLÍNICO

Varón de 14 años y 7 meses, previamente sano que consulta por presentar dolor en fosa iliaca izquierda, impotencia funcional de miembro inferior izquierdo y fiebre de 38°C, al examen físico se observa abdomen doloroso de forma localizada en fosa iliaca izquierda, sin peritonismo, miembro inferior izquierdo con flexión antalgica, doloroso a la extensión, abducción y aducción en cadera izquierda, impresiona a la palpación contractura de cuádriceps. Se solicita laboratorio que informa leucocitosis sin desviación a la izquierda, eritrosedimentación aumentada, PCR ++, se realiza ecografía de abdomen y partes blandas sin patología orgánica detectable, RNM abdomino pélvica en la que se observa colección líquida organizada de 34x24x21mm a nivel de musculo psoas iliaco izquierdo con capsula que realza intensamente tras la inyección con gadolinio compatible con absceso. Se realiza interconsulta con cirugía quienes deciden paso a quirófano donde

practican punción y drenaje del mismo guiada por ecografía. Se realiza cultivo de material drenado aislándose *Staphilococo aureus* metilino sensible, paciente que cumple 8 días de clindamicina vía endovenosa y 6 días de cefalexina vía oral.

### DISCUSIÓN

La presentación clínica del absceso de psoas con frecuencia causa confusión y retrasa el diagnóstico lo que puede llevar a complicaciones, por lo que es necesario resaltar la importancia de la sospecha clínica frente a un paciente con impotencia funcional y trastornos de la marcha asociados a un síndrome febril prolongado, una vez descartados otros procesos infecciosos osteoarticulares. Las pruebas de imagen, como la ecografía, RMN y TAC son fundamentales para su diagnóstico. En cuanto a su tratamiento, se recomiendan la antibioticoterapia sumada a el drenaje percutáneo dirigido por ecografía o TAC que facilita la obtención rápida de muestras para cultivo, presenta una baja morbilidad y asegura la resolución del absceso en 75 - 95% de los casos.

### BIBLIOGRAFÍA

- \* Libro azul de infectología pediátrica 4ª edición.
- \* Tratado de pediatría Nelson 18ª edición.
- \* Red Book enfermedades infecciosas en pediatría.



## GLOMERULONEFRITIS AGUDA EN PACIENTE CON NEUMONÍA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE*: A PROPÓSITO DE UN CASO



Godoy L.<sup>1</sup>; Fernández M.<sup>2</sup>; Ríos M.<sup>3</sup>; Perez M.<sup>4</sup>; Tapponnier G.<sup>5</sup>; Villarreal L.<sup>6</sup>

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<godoyluciaraque@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La glomerulonefritis aguda post infecciosa es la causa más común de nefritis aguda en edad pediátrica. Se produce por depósitos glomerulares de inmunocomplejos o antígenos del patógeno lo cual activa la vía clásica y la alterna del complemento lo cual se expresa con niveles bajo de C3. Determinados tipos de *Streptococcus Pneumoniae* son nefrogénicos: 5, 7, 9, 14 y 15.

La asociación de neumonía y glomerulonefritis es infrecuente pero conlleva un pronóstico excelente.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 3 años y 10 meses de edad, comienza con cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por catarro de vía aérea superior y registros febriles, por lo cual, consulta a la guardia del Hospital Posadas donde se realiza radiografía de tórax y ecografía pleural mediante las cuales se constata neumonía derecha con derrame. Se realiza interconsulta con sección de cirugía infantil quienes colocan tubo de avenamiento pleural. Se toma muestra del líquido pleural para cultivo, donde se aísla *Streptococcus Pneumoniae* sensible a aminopenicilinas. Se comienza tratamiento antibiótico con Ceftriaxona a 50 mg/kg/día.

Posteriormente, intercorre con macrohematuria, hipertensión arterial y edemas. Se constata proteinuria y hemoglobinuria. Se asume el cuadro clínico como glomerulonefritis aguda intra infecciosa.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de glomerulonefritis intra infecciosa por un patógeno infrecuente.

### CONCLUSIÓN

Es importante realizar examen de orina completo y función renal en pacientes con neumonía por *Streptococcus Pneumoniae* y signos clínicos sugestivos de glomerulonefritis aguda post infecciosa debido a su asociación.

## ABDOMEN AGUDO QUIRÚRGICO POR CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO



Dahuc M.<sup>1</sup>; Dahuc R.<sup>2</sup>

HOSPITAL CENTENARIO GUALEGUAYCHU<sup>1,2</sup>

<martindahuc@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

Los tumores de ovario son raros en pediatría, representando el 1% de los tumores infantiles. Dentro de estos, los derivados del epitelio superficial como el cistoadenoma seroso, son poco frecuentes antes de la menarca representando el 20% de los tumores ováricos pediátricos. Estos tumores pueden ser benignos o malignos y crecer como grandes masas quísticas pudiendo torsionar el pedículo del anexo al que afectan.

### OBJETIVOS

Alertar sobre una patología poco frecuente en niñas prepuberales, cuyas complicaciones pueden ser causa de resolución quirúrgica por cuadro de abdomen agudo.

### MATERIAL Y MÉTODO

Descripción de un caso clínico a través de la revisión de la historia clínica de una paciente que concurre al Hospital Centenario de Gualeguaychú.

### CASO CLÍNICO

Paciente de diez años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de jerarquía, desarrollo pondoestatural adecuado para la edad, tanner mama 2, tanner vello pubiano 2, que consulta por cuadro de dolor abdominal intermitente de intensidad moderada de 24 hs de evolución. Ingres a internación bajo el diagnóstico de abdomen agudo. Al examen físico se palpa abdomen tenso, distendido y doloroso, masa abdominopelvica movable. Durante las primeras 24 hs se incrementa el dolor que imposibilita la evaluación. Se realiza ecografía abdominal donde se observa masa quística en región pélvica,

posteriormente se realiza tac de abdomen y pelvis con contraste, la cual refuerza el diagnóstico. La paciente es llevada a cirugía donde se observa quiste simple en ovario izq. De 15cm x 10cm con torsión de trompa y quiste de ovario derecho de 10cm x 5cm con signos de necrosis y torsión de trompa. Ambos anexos son extirpados y enviados a anatomía patológica donde se recibe el diagnóstico de cistoadenoma seroso bilateral.

### CONCLUSIÓN

Durante el proceso diagnóstico de abdomen agudo es necesario tener en cuenta la patología ginecológica, ya que ante la posibilidad de tratarse de patología gonadal es necesaria una correcta evaluación prequirúrgica, para así resolver de manera más adecuada, intentando preservar al órgano y su función correspondiente, con el objetivo de disminuir la morbilidad y complicaciones post quirúrgicas relacionadas.



## TRASTORNO DE CONDUCTA EN ESCLEROSIS MÚLTIPLE: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
081

Nasif M.<sup>1</sup>; Acevedo S.<sup>2</sup>; Giroud C.<sup>3</sup>; Nasif E.<sup>4</sup>; Bustos O.<sup>5</sup>  
HRRG<sup>1,2</sup>; CAPS<sup>3</sup>; HRRG<sup>4,5</sup>  
belnasif@gmail.com

### INTRODUCCION

La Esclerosis Múltiple es una enfermedad inflamatoria, desmielinizante y degenerativa que ocurre en sujetos genéticamente predispuestos, sobre los que actuaría un factor medioambiental desconocido, activando proceso inmunomediado. El diagnóstico de EM se sustenta en el hallazgo de signos y síntomas que reflejen un compromiso de la sustancia blanca del SNC con diseminación anatómica y temporal, ya que no tiene un marcador biológico diagnóstico. La RMN ayuda a la demostración de las lesiones desmielinizantes. Las manifestaciones clínicas de desmielinización reflejarán la región del SNC comprometida, pudiéndose manifestar como Neuritis Óptica, Mielitis Transversa, ADEM, Oftalmoparesia Internuclear, etc. La EM es una enfermedad crónica progresiva, potencialmente discapacitante más no terminal. La Terapéutica incluye tratamiento de las recaídas destinado a suprimir o limitar el fenómeno inflamatorio, inmunomodulador, sintomático y kinésico motor.

### OBJETIVOS

Describir el caso clínico de una paciente con EM.

### DESCRIPCION DEL CASO

Niña de 13 años consulta por convulsión tónico-clónica generalizada, asociada a bradipsiquia y logorrea. Refería trastorno del aprendizaje y de la conducta de 5 meses de evolución. Se realiza RMN, Lab. Y PL: normal, EEG: ondas lentas, desorganización difusa. Evoluciona con catatonía. Se

indica Ac. Valproico, Metilprednisolona y Gammaglobulina por sospecha de Encefalopatía Inmunomediada. Es derivada a Ctro de Mayor Complejidad. Se descarta causa metabólica y reumatológica. BOC (-) CI (79). Recupera funciones motoras con persistencia de trastorno de la conducta. Se repite RMN de cerebro a los 4 meses: Imagen redondeada hiperintensas en T2 y Flair de 9 mm de diámetro mayor en región TP bilateral sin efecto de masa. Al año por parestesias en MMSS se repite RMN evidenciándose progresión espacial y temporal de las lesiones desmielinizantes. BOC con discreto fraccionamiento oligoclonal. Se confirma EM. Se indica IF. Realiza escolarización domiciliaria con adecuación. Actualmente espera iniciar tratamiento con Dimetilfumarato. Durante la enfermedad se detecto hipotiroidismo y déficit de Vit. D.

### CONCLUSION

Con la excepción de los TEC, la esclerosis múltiple es la causa más frecuente de discapacidad neurológica en adultos jóvenes, siendo vulnerables a la disfunción cognitiva interfiriendo en su desempeño escolar y social. Se requiere de un equipo multidisciplinario con neurólogo infantil, pediatra, inmunólogo, oftalmólogo, urólogo, psicopedagoga, psiquiatra, terapeuta físico y enfermería especializada para el seguimiento y control de pacientes con EM.

## HEPATITIS AUTOINMUNITARIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
082

Davila M.<sup>1</sup>; Porra Romero C.<sup>2</sup>; Oviedo Codigoni A.<sup>3</sup>  
HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO<sup>1,2,3</sup>  
floreдавila.mfd@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La Hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad hepática inflamatoria progresiva caracterizada por necrosis hepatocelular e hipergamaglobulinemia asociada a la presencia de auto-antic. en ausencia de otras causas asociadas a hepatitis. Su prevalencia es 0,02% de la población. Se clasifica en dos tipos 1 y 2. La clínica puede variar, dentro de un amplio espectro, desde una hepatitis subclínica asintomática hasta una hepatitis aguda y en algunos casos se resuelve espontáneamente. Un 40% de los niños pueden presentar enfermedades asociadas. El diagnóstico se basa en cambios histológicos, hepáticos, manifestaciones clínicas y bioquímicas, autoanticuerpos circulantes y niveles séricos aumentados de gamaglobulina. El tratamiento de elección consiste en la administración de corticosteroides, solos o asociados con azatioprina. La respuesta es favorable en un 80% de los pacientes, con remisión de la enfermedad, aquellos que no responden son candidatos a trasplante hepático.

### OBJETIVO

Dar a conocer las características principales de HAI, especialmente sus manifestaciones clínicas, analíticas e histológicas, recursos para realizar un diagnóstico oportuno y su tratamiento.

### CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 12 años de edad con antecedente de flujo vaginal blanquecino, pérdida de peso, poliuria y polidipsia de 2 semanas de evolución, consulta con facultativo quien solicita laboratorio el cual informa glucemia de 345mg/dly decide su internación.

Ingresa con diagnóstico de Debut DBT. Al examen físico paciente hidratada límite, ojerosa, decaída, con palidez generalizada. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, RHA+, sin visceromegalia. Presentó valores de VSG, transaminasas, BT-BD y glucemia elevada con valores de TP y albúmina bajos. Se solicita colagenograma donde se observa disminución de los valores de C3-C4, Proteinograma por electroforesis el cual informó hipergamaglobulinemia, Auto-antic. Antinucleares elevados, Antic-anti-LKM 1(+) realizando el diagnóstico de HAI. Se inició tratamiento con Meprednisona 60mg/día; a las 48hs se realiza laboratorio de control observándose mejoría con respecto al de ingreso, posteriormente se externa.

### CONCLUSION

La HAI es un proceso que responde, clínica e histológicamente, al tratamiento con corticoides, por lo que se debe realizar un diagnóstico de forma oportuna, descartando los diagnósticos diferenciales con el fin de mejorar la calidad de vida y prolongar la supervivencia.





## SATISFACCIÓN DEL USUARIO COMO PARTE DE UN PROGRAMA DE EVALUACION DE CALIDAD DE ATENCION

PO  
084

Algieri S.<sup>1</sup>; Morosi A.<sup>2</sup>; Igarza I.<sup>3</sup>; Orsini B.<sup>4</sup>; Perez M.<sup>5</sup>; Aracena Lopez R.<sup>6</sup>

HOSPITAL POSADAS<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

silviaalgieri@intramed.net

### INTRODUCCIÓN

Nuestro Hospital es un centro asistencial público, polivalente, de III Nivel de Atención. Se ubica en el segundo cordón del conurbano bonaerense y tiene un área de influencia de 4 723 427 habitantes.

Dada la complejidad del trabajo en el Hospital, por las falencias en insumos, demoras, inseguridad, problemas edilicios, consideramos que escuchar la opinión de los niños y su familia, nos permitirá ver el problema desde la mirada del usuario.

### OBJETIVO

Evaluar nuestras prácticas, a través de la escucha de la población atendida como parte de un modelo de atención centrado en el paciente.

### POBLACIÓN

Cada uno de los pacientes y cuidadores de los niños internados en pediatría.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño descriptivo, observacional, transversal, prospectivo y cuantitativo. Se realizó una encuesta mediante entrevistas al momento del egreso hospitalario, previa firma de consentimiento. Contiene 28 preguntas cerradas y una abierta destinadas a conocer la opinión con respecto a confort e higiene, accesibilidad, consideración y respeto, información y comunicación y seguridad y 11 preguntas con características sociodemográficas de la población encuestada. Período: 6 al 23 de octubre de 2014.

### RESULTADOS

Se realizaron 100 encuestas Edad del niño: Mediana: 1,5 años Rango: 1 mes a 15 años Días de internación: Mediana: 8 días Rango: 1 a 39 días. Parentesco del encuestado: 88% madre 11% de los niños no poseen DNI Residencia: 91% urbano 9% asentamiento Situación laboral: 8% en blanco 20% precarizado 72% desocupado 50 % escolaridad secundaria Accesibilidad: 60% esperó <6 hs para internarse, siempre respuesta rápida 87%, 57% concurre escuela hospitalaria. Consideración y respeto: 70% muy buena Información y comunicación: siempre 87% Limpieza: 50% buena 25% regular 90% médicos y enfermeros se higienizan las manos Seguridad: 40% nunca se respeta horario de visita Comida: 45% buena 30% regular Impresión general: 91% recibió cuidados necesarios 99% recomendaría el hospital.

### CONCLUSIONES

La gran mayoría de los encuestados se fueron conformes con la atención, el trato recibido, la información y la accesibilidad a la consulta. Aunque no esté representado en la encuesta, consideramos que se deben mejorar las condiciones de confort para el niño y su cuidador. Pensamos que la encuesta es una herramienta válida y necesaria para evaluar algunas de nuestras prácticas.

## PLAN DE EVACUACIÓN SECTOR INTERNACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL GUILLERMO RAWSON

PO  
085

Echegaray N.<sup>1</sup>; Jelves M.<sup>2</sup>

HOSPITAL RAWSON SAN JUAN<sup>1,2</sup>

echegarayliliana@gmail.com

Las catástrofes tienen como características ser fortuitas, imprevistas; pueden provocar daño en las personas, estructura, equipamiento, etc. Los sectores "A" y "B" del Servicio de Pediatría del Hospital Rawson de la provincia de San Juan se encuentran en el tercer piso. Edificio clasificado como Seguro de acuerdo a las verificaciones estructurales llevadas a cabo por organismos especializados.

### OBJETIVOS

Realizar un plan de contingencia. Programar el adecuado traslado de los pacientes desde el sector de internación al espacio seguro elegido para contención. Entrenamiento continuo del personal en el plan de contingencia.

### DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN

El sector de internación de pediatría consta de 26 habitaciones, con salida a un pasillo, en forma de "C". Estos pasillos conducen a zonas de reunión desde donde se accede a dos escaleras de salida. Las escaleras tienen dispositivos de presión positiva para mantenerse libres de humo. Una 3° escalera con salida externa directa.

Constan de 3 puertas corta fuego, detectores de humo, dos nichos hidrantes con mangueras, matafuego, luz de emergencia en pasillos y habitaciones.

No existe plan de contingencia ante un incidente. Realizamos en forma conjunta, grupo formado por médicos y enfermeros, una simulación, sin movilización de pacientes. Donde se observaron los siguientes detalles.

Plan de evacuación: Identificar los sistemas de aviso. Señalizar el camino hacia la zona de reunión. Cartelería simple, acompañada por signos direccionales. Alumbrado de emergencia. Bandas fluorescentes en escaleras. Punto de reunión ubicado en el exterior. Reconocimiento del plan por todas las personas involucradas en el escape. Prever asistencia esencial para las personas evacuadas.

### DESTINADO

A los 52 pacientes internados y sus respectivos acompañantes. Al recurso humano actuante en ese momento, pudiendo variar según horario y época del año.

### RESULTADO

Se construyó un plan de acción ante una posible contingencia donde los puntos a resaltar son: Reconocer los sistemas de alarma, Que eventos requieren evacuación, Designación de líderes, Acciones inmediatas a realizar en caso de un evento, Triage para la evacuación de pacientes, Puntos de reunión, Preparación de material biomédico, Entrenamiento y conocimiento del personal ante la evacuación.

### CONCLUSIONES

Conocer los riesgos, escenarios, planificar y realizar simulacros, es la manera en que nos preparamos para una contingencia.



## MALFORMACIÓN VASCULAR UTERINA: UNA CAUSA INUSUAL DE SANGRADO VAGINAL PRE PUBERAL

RPD  
086

Echegaray N.<sup>1</sup>; Buttiero R.<sup>2</sup>

HOSPITAL RAWSON SAN JUAN<sup>1,2</sup>

echegarayliliana@gmail.com

Se reporta el caso de una niña de un año, fenotipo femenino, eutrófica, sin antecedentes patológicos perinatales, que ingresa por genitorragia. Al examen físico presenta: malformación vascular en región posteroexterna de muslo y glúteo izquierdo de color rojo grisáceo, genitales femeninos de acuerdo a edad, observándose sangre fresca y coágulos que impresionan provenir de vagina, hemodinámicamente compensada. Se descartó abuso. Recuento plaquetario, tiempo de protrombina y KPTT: normales.

El Dosaje de hormonas del eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal fue normal y los marcadores tumorales séricos negativos. La Vaginoscopia bajo sedación mostró cérvix uterino sin alteraciones macroscópicas y fluido de sangre desde cavidad. La Ultrasonografía (U.S.) transabdominal y transperineal mostró la presencia de útero de forma tubular, con aumento de tamaño para la edad; observándose el parénquima uterino heterogéneo, con áreas canaliculares con señal de flujo arteriovenoso al examen Doppler color. Lumen endometrial con contenido heterogéneo. Diámetro longitudinal: 36 mm. ,Diámetro anteroposterior: cuerpo : 16mm Cérvix:15 mm. Diámetro axial 20 mm. Ambos ovarios normales, de volumen pre-puberal. Glándulas suprarrenales de aspecto ecográfico norma.

Las causas de sangrado vaginal en niñas Pre púberes pueden ser: cuerpo extraño endovaginal, trauma, Rabdomiosarcoma vaginal, pubertad precoz central, o periférica y menos frecuente, Hemangiomas y malformaciones vasculares.

El Rabdomiosarcoma es comúnmente botrioides, al examen ecográfico aparece como una masa sólida heterogénea o hipocóica posterior a la vejiga.

El cuerpo extraño es ecogénico, puede haber una pequeña hendidura en la pared posterior de la vejiga, la sombra acústica distal no siempre está presente.

La Pubertad Precoz (PP): puede ser central: La U.S. muestra el aumento de volumen de útero y ovarios. O periférica, pueden diagnosticarse: quistes foliculares autónomos, tumores ováricos, o tumores adrenales secretantes de estrógenos.

Las malformaciones vasculares pélvicas pueden ocurrir como lesiones aisladas, pero más frecuentemente son parte de una malformación vascular difusa de extremidades adyacentes y pelvis. La Resonancia Magnética la demostró, en nuestra paciente, malformación vascular.

### CONCLUSIONES

Las malformaciones vasculares uterinas congénitas son una rara causa de sangrado vaginal que debe ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales probables en niñas pre puberal.

## SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO: A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
087

Mazzeo A.<sup>1</sup>; Seminario M.<sup>2</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2</sup>

anabella.mazzeo@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El SFP se define como episodio febril de al menos 7-10 días en el cual a pesar del estudio inicial, incluidos anamnesis, examen físico completo y exámenes de laboratorio, no se ha llegado a un diagnóstico definitivo.

La causa más frecuente suele ser la infecciosa, en segundo lugar las neoplásicas, seguida de patologías reumato-inmunológicas.

El plan de estudios se divide en etapas:

1º HMG, VSG, PCR, Orina Completa, HMC, Urocultivo, Cultivo LCR, Serologías virales, Radiografía de tórax.

2º Ecocardiograma, Ecografía abdominal, ecografía cerebral, Fondo de Ojo, Centellograma Óseo, TAC de Tórax y abdomen, PAMO, perfil reumatológico, Biopsia.

### OBJETIVO

Describir un caso de paciente con SFP.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 4 meses, previamente sano, hijo de madre HIV+, con tratamiento adecuado, que 20 días atrás, posterior a la colocación de vacunas de 4 meses y BCG comienza con tumoración en sitio de colocación y fiebre por lo que comienza tratamiento con TMS por 10 días. Por persistir febril, consulta, se hace diagnóstico de OMA izquierda y se medica con amoxicilina.

Luego de 24Hs concurre por GEA y se decide su internación para recibir tratamiento ATB endovenoso, que es suspendido por ORL.

Por persistencia de fiebre se inician estudios por SFP.

Ex físico normal, levemente taquipneico. HMG (leucocitosis predominio de

neutrófilos), HMC X2 negativos, búsqueda de focos profundos normales.

En las Rx Tórax frente y perfil se evidencia mediastino ensanchado, se solicita ecografía mediastínica en tres oportunidades: imágenes intratímicas o masa en mediastino anterior o masa en mediastino posterior. Por lo que se sospecha origen infeccioso vs patología tumoral. Se inicia tratamiento con ceftriaxona y clindamicina.

Se solicitan lavados gástricos, y catálogos de ambos padres normales.

PAMO normal, marcadores tumorales negativos.

Se realiza TAC tórax donde se evidencia masa en mediastino anterior y medio que comprime vía aérea de densidad ganglionar.

Se realiza toma de biopsia por toracoscopia obteniéndose material caseoso del cual arroja resultado positivas para mycobacterium tuberculosis.

### CONCLUSIÓN

El trabajo interdisciplinario, el interrogatorio exhaustivo y la persistente sospecha de patologías frecuentes de nuestro medio, deben ser la base para orientar los correctos exámenes complementarios y así arribar al diagnóstico definitivo ante la sospecha de un SFP.



## SINDROME DE AICARDI: A PROPOSITO DE UN CASO

Mazzeo A.<sup>1</sup>; Calleri B.<sup>2</sup>; Gonzalez N.<sup>3</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3</sup>  
anabella.mazzeo@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Aicardi es muy infrecuente. Se caracteriza por la tríada de: espasmos infantiles asimétricos; agenesia del cuerpo caloso y lesiones oculares (coriorretinopatía lacunar).

Afecta principalmente a niñas, siendo letal en los varones.

Poseen un desarrollo normal hasta los tres meses de edad, momento en el que comienzan con espasmos infantiles de diversos tipos y de difícil control terapéutico.

Otras manifestaciones que pueden observarse son las anomalías vertebrales (en mariposa, hemivértebras), hipotonía generalizada, telangiectasias, deformidades de la cabeza y tórax, asimetrías faciales, hemangiomas cutáneos, hipoplasia del quinto dedo y orejas de implantación baja.

El pronóstico es siempre malo, no existiendo un tratamiento estándar. La resonancia magnética cerebral es el método diagnóstico de elección.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de una paciente con Sme de Aicardi.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 20 días de vida con asimetría facial secundaria a ptosis palpebral izquierda que muestra, en su primer control de salud, espasmos en flexión de miembro superior e inferior izquierdos de 2 a 3 segundos de duración. Se realiza ecografía cerebral que informa dismorfia de astas frontales de los ventrículos laterales y agenesia

parcial/disgenesia del cuerpo caloso, es evaluada por neurología y se decide internación para diagnóstico y tratamiento.

Se realiza electroencefalograma obteniéndose trazado de tipo hispiarritmico a predominio izquierdo.

RNM de cerebro: Hipoplasia de cuerpo caloso en su tercio posterior y esplenio. Dismorfia de las cavidades ventriculares laterales, que además, se presentar asimétricas, a predominio del lado izquierdo.

Fondo de ojo que evidencia 2 lesiones coriorretinales hipopigmentadas. Radiografías de parilla costal y columna cervical informadas como normal. Durante la internación presentó múltiples episodios convulsivos, de distintas características, que no respondieron a ninguna terapéutica, incluyendo tratamiento con ACTH intramuscular.

### CONCLUSIÓN

Si bien el síndrome de Aicardi es una patología poco frecuente, es necesario incluirlo dentro de los diagnósticos diferenciales de convulsiones refractarias. Es crucial continuar investigando dicho síndrome genético, probablemente ligado al x, para facilitar consejo genético y futuras terapéuticas.

## DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DEL PACIENTE NEUTROPÉNICO FEBRIL Y SU IMPACTO EN EL TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN DEL 1ER ANTIBIÓTICO

Dobenau M.<sup>1</sup>; Barrionuevo L.<sup>2</sup>; Ferraris F.<sup>3</sup>; Frangi F.<sup>4</sup>; Arzelan C.<sup>5</sup>; Iparraguirre A.<sup>6</sup>; Llera J.<sup>7</sup>

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
mariellobenau@hotmail.com



Opción a Premio

### INTRODUCCIÓN

La neutropenia febril (NF) es una complicación potencialmente mortal de tratamiento del cáncer. Un evento centinela motivo un análisis retrospectivo del tiempo de administración de la primera dosis de antibiótico (ATB), donde se observó que solo el 10% de los pacientes lo recibió dentro de los 90 min, por lo que se desarrolló e implementó un protocolo de manejo de los mismos.

### OBJETIVOS

Disminuir la demora en la administración del 1er ATB en el paciente con NF y estimar el grado de adherencia a la implementación de dicho protocolo.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio cuasi-experimental entre los años 2012 y 2015, se evaluaron dos poblaciones de episodios de internación de pacientes oncológicos con NF; antes y después de la implementación de un protocolo de manejo de estos pacientes. El primer grupo (G1); evaluado entre enero y diciembre del 2012, y el segundo (G2) entre Enero 2014 y octubre de 2015, desarrollándose el protocolo durante el primer semestre 2013 e implementándose a partir de julio 2013. Se incluyeron pacientes entre 1 y 18 años con NF. La recolección de datos se realizó retrospectiva en el G1 y prospectiva en el G2. Se identificaron los tiempos: ingreso-indicación-administración. Con los resultados de G1 se realizó un análisis causa-raíz y se identificaron las áreas involucradas: admisión (triage), laboratorio (circuitos acortados de la muestra), farmacia (puesto en la

unidad de emergencias), enfermería y médicos (capacitación). Se desarrolló un protocolo de manejo. Se incluyeron 40 pacientes en el G1 y 87 en el G2.

### RESULTADOS

La mediana de demora a la administración del primer antibiótico pre-intervención fue de 296 minutos (RIC 25-75% 168-367) y de 87 minutos post-intervención (RIC 25-75% 60-113). Del análisis causa raíz surgió que la mayor demora era en el tiempo desde el ingreso a la indicación médica (mediana 159 min). La diferencia de tiempo a la administración de ATB en ambos grupos fue estadísticamente significativa ( $p < 0,0001$ ). El 94% de los médicos tratantes cumplieron la adherencia al protocolo.

### CONCLUSIÓN

Habiendo identificado correctamente los determinantes y áreas involucradas en la demora en la administración del ATB, se desarrolló un plan de mejoras junto con un protocolo de manejo de estos pacientes que logró disminuir significativamente la demora en la administración del primer ATB en el paciente con NF.



## ABSCESO CEREBRAL POR STREPTOCOCCUS VIRIDANS: A PROPÓSITO DE UN CASO



Piccolomini M.<sup>1</sup>; Galvis Estrada J.<sup>2</sup>; Gamboa Altamar J.<sup>3</sup>; Mannsbach Y.<sup>4</sup>

HOSPITAL CLAUDIO ZIN<sup>1,2,3,4</sup>

melina.piccolomini@gmail.com

### INTRODUCCION

La patogenia de los abscesos cerebrales está relacionada con el foco primario de infección, características inmunológicas, edad del paciente y predisposición del mismo a contraer infecciones del sistema nervioso. Los microorganismos pueden alcanzar el cerebro por diferentes mecanismos, siendo en Pediatría la vía más común la propagación desde un foco infeccioso contiguo, seguida de la diseminación hematológica.

### OBJETIVO

Describir un caso clínico de absceso cerebral por *St. Viridans* secundario a foco odontogéneo.

### CASO CLINICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 11 años de edad, inmunocompetente, con antecedente de infección odontogénea hace 6 meses tratada con Amoxicilina durante 7 días sin control posterior, que ingresa a guardia por episodio convulsivo parcial que evoluciona a generalizado, autolimitado con parálisis de Todd residual. Familiar refiere letargo, cefalea y cambios en la conducta de dos semanas de evolución.

Se realiza TC de cerebro con y sin cte. que evidencia imagen nodular hipodensa a nivel frontal derecho con realce anular tras la administración de contraste IV. Laboratorio de ingreso: GB: 18.700/mm<sup>3</sup>, VSG: 15 mm/h. Se toman hemocultivos y se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona, vancomicina y metronidazol.

Valorado por servicio de Neurocirugía quien toma conducta quirúrgica, realizando evacuación de absceso frontal derecho, obteniéndose muestra para cultivo con rescate de *Streptococcus Viridans*. Hemocultivos y serologías negativas. Búsqueda de focos profundos negativos. Laboratorio inmunológico dentro de parámetros normales. Evaluado por ORL y Odontología que descartan proceso infeccioso activo. Debido a colección residual en imagen control se realiza reevacuación de absceso. Paciente con buena evolución clínico-neurológica e imagenológica. Se roto antibioticoterapia a vía oral y continua seguimiento ambulatorio. Actualmente en tratamiento por síndrome convulsivo secular.

### CONCLUSION

El absceso cerebral en niños es una entidad poco común, siendo menos frecuente la etiología odontogénea. Su sospecha clínica y etiológica, el abordaje quirúrgico oportuno y la antibioticoterapia permiten al equipo multidisciplinario buenos resultados.

## SDME. PURPÚRICO E HIPERLAXITUD EN LACTANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO



Zaslavsky V.<sup>1</sup>; Piazza C.<sup>2</sup>; Nakab A.<sup>3</sup>; Gomez Sosa M.<sup>4</sup>

ELIZALDE<sup>1,2,3,4</sup>

vanezas81@hotmail.com

Paciente de 9 meses, de sexo masculino, que consulta por púrpura palpable en miembros inferiores y tronco de 48 hs. de evolución, afebril desde el comienzo. Internado en Hospital Zonal para estudio. Se interna en Hospital de día Elizalde para evaluación interdisciplinaria. Antecedentes perinatólogicos: NT/PAEG. Embarazo controlado, serologías negativas, cefálica, parto vaginal. Apgar 9/10, FEI normal, internación conjunta, egreso conjunto a las 48 hs. OEA y FO normal. Antecedentes familiares: hermana de cinco años con hiperlaxitud ligamentaria sin diagnóstico. Examen físico: buen estado general, afebril, estable hemodinamicamente. Eucárdico, no se auscultan soplos, eupneico, sin adenopatías. Abdomen semioligocamnete normal, diuresis y catarsis conservadas. Datos positivos: púrpura palpable en miembros inferiores y tronco, hipotonía leve, hiperlaxitud ligamentaria, principalmente distal, con hiper-rotación de caderas, dorsiflexión extrema de tobillos, hiperflexión de carpo y falanges. Lesiones mieloscéricas en tronco y BCGITIS. Diagnósticos presuntivos: Vasculitis asociada a Ehlers - Danlos, edema agudo hemorrágico del lactante. Interconsultas y exámenes complementarios: Dermatología: realizan biopsia e IFD de lesión purpúrica de muslo izquierdo, indican Cefalexina 100 mg/kg/día por impétigo, realizar laboratorio: serologías virales y TORCH, hemograma, químicas. Oftalmología: fondo de ojo normal. Cardiología: examen cardiovascular, ECG y ecocardiograma dentro de límites normales.

Neurología: hiperlaxitud e hipotonía que puede corresponder a Sdme. genético. Genética: aguarda resultado de biopsia de piel, solicita RX. huesos largos, mano y ecografía abdominal (normales). Cita a hermana. Hematología: HMG: 13800 gb (L 56%, N 31%), HB: 13, HTO: 41, PLAQUETAS 663000, VSG 10. Coagulograma normal. Inmunología: solicita estudio de inmunidad humoral, celular y HIV, con proteinograma electroforético que resultan normales. Reumatología: evalúa causa de hiperlaxitud y púrpura. Neumonología: Solicitan HIV, ecografía axilar y catastro familiar. Traumatología: solicita RX de caderas, se observa subluxación bilateral, control y tratamiento por el servicio. Orina completa normal, serologías negativas, hepatograma y función renal normales, se descarta inmunodeficiencia asociada. Resultado de biopsia: capilaritis y venulitis subaguda con incremento de fibras elásticas compatible con Ehlers- Danlos. IFD: IgG1 positivo granular fino escaso y focal en zona de membrana basal. Paciente evoluciona favorablemente, a las dos semanas desaparece Púrpura. Continúa con manejo interdisciplinario por su enfermedad de base.





## EVALUACION DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA EN EL MANEJO DE BRONQUIOLÍTIS Y SU IMPACTO EN LOS DÍAS DE INTERNACIÓN

PO  
092

Ferraris F.<sup>1</sup>; Imach E.<sup>2</sup>; Heffes G.<sup>3</sup>; Nacif S.<sup>4</sup>; Marcote P.<sup>5</sup>; Frangi F.<sup>6</sup>; Barrionuevo L.<sup>7</sup>; Dobenau M.<sup>8</sup>; Verna J.<sup>9</sup>; Arzelan C.<sup>10</sup>; Iparraquirre A.<sup>11</sup>; Llera J.<sup>12</sup>  
HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</sup>  
francisco.ferraris@hospitalitaliano.org.ar

### INTRODUCCIÓN

La Bronquiolitis (BQL) es la principal causa de infección respiratoria aguda baja en menores de 2 años. Existen varias guías para el manejo de la BQL. Es reconocido que no es necesario realizar radiografías de tórax y tanto el uso de broncodilatadores, corticoides, antibióticos, así como también la kinesioterapia respiratoria no están recomendados. A pesar de estas recomendaciones, el uso de estos recursos es elevado.

### OBJETIVOS

Evaluar la Implementación de una guía de práctica clínica en el manejo de BQL y secundariamente su impacto en los días internación comparándolo en forma retrospectiva con un año anterior.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio antes/después con grupo control retrospectivo. Un equipo multidisciplinario consensuó el uso de una guía de práctica clínica para el manejo de BQL previamente publicada. Niños con comorbilidades asociadas fueron excluidos. Se realizó capacitación a todos médicos para el cumplimiento de la misma a través de múltiples intervenciones. Se definió utilización de recursos como uso de radiografías, antibióticos, kinesioterapia, corticoides y el uso de más de 2 dosis de broncodilatadores inhalatorios. Posteriormente se evaluó si se modificaban los días de internación comparándola con una cohorte retrospectiva de pacientes

internados con diagnóstico de BQL un año previo a la implementación de la misma. Se definió temporada de BQL de Marzo a Diciembre. Los datos fueron recolectados durante 2 temporadas.

### RESULTADOS

Se internaron 79 pacientes con diagnóstico de BQL durante el 2013 preimplementación y 82 y 84 pacientes en el primer (2014) y segundo año postimplementación (2015) respectivamente. Hubo una diferencia estadísticamente significativa tanto en el uso de corticoides (de 78,2% a 34,5% p <0,0001) como en la realización de kinesioterapia respiratoria (de 85,9% a 51,8 p <0,0001) desde la primera temporada postimplementación, manteniéndose durante la segunda. La utilización de broncodilatadores (de 98,7% a 89,2% p 0,013) y la realización de radiografías (de 71,7% a 52,3% p 0,011) logro disminuirse en la segunda temporada postimplementación de forma estadísticamente significativa. El menor uso de recursos no modificó los días de internación tanto el primera temporada (p 0,57) como en la segunda (p 0,45) postimplementación.

### CONCLUSIÓN

En nuestro estudio logramos implementar una guía de práctica clínica en el manejo de BQL disminuyendo el uso los recursos evaluados. La reducción de los mismos no modificó los días de internación.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH) EN PACIENTE CON LLA PREB CON RECAÍDA POST-TRASPLANTE HAPLOIDÉNTICO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS (TCPH)

RPD  
093

Laurino E.<sup>1</sup>; Brodsky L.<sup>2</sup>; Flores Bolivar K.<sup>3</sup>; Gugliermo L.<sup>4</sup>; Martínez G.<sup>5</sup>; Lavergne M.<sup>6</sup>; Atach R.<sup>7</sup>; Grees S.<sup>8</sup>  
HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
laurinof@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El TCPH se realiza para reemplazar el sistema hematopoyético e inmune en enfermedades de etiologías diversas y ha logrado una mejoría en la expectativa de vida de los pacientes.

La EICH resulta del reconocimiento de antígenos del receptor como extraños por parte de los linfocitos T del donante. Es la principal causa de morbimortalidad en trasplante alogénico, presenta un amplio espectro de órganos blanco y manifestaciones clínicas. Se destacan las mucocutáneas como las más tempranas y frecuentes (desde un rash inespecífico hasta descamación y bullas). La afección hepática se manifiesta a través de colestasis, hepatitis o fallo hepático, y presenta como diagnósticos diferenciales la enfermedad venooclusiva (EVOH), infecciones y toxicidad farmacológica. A nivel gastrointestinal, suele presentar diarrea.

Se clasifica en aguda y crónica según el tiempo de latencia y las manifestaciones clínicas.

### OBJETIVO

Describir la relevancia de la EICH en una paciente que realizó TCPH.

### CASO CLÍNICO

Niña de 10 años con diagnóstico de LLA PreB que por recaída combinada recibe TCPH haploidéntico proveniente de médula ósea (MO) y sangre periférica materna. En día + 28 presenta recaída en MO y suspende inmunosupresión.

En día + 40 presenta ictericia, dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia, lesiones descamativas en palmas y plantas y, lesión hipocrómica en pliegue interglúteo, con aumento de bilirrubina y transaminasas.

Al ingreso se plantean como diagnósticos diferenciales EVOH, EICH aguda, infección y toxicidad farmacológica. Se descarta EVOH por ecografía doppler sin signos de hipertensión portal. Se suspenden fármacos hepatotóxicos. Se descarta patología infecciosa por carga viral no significativa y serologías. Se interpreta como EICH agudo grado II/III (constatada por biopsia cutánea). Se reinstaura tratamiento inmunosupresor, asociado a mejoría tanto clínica y como de parámetros de laboratorio.

### CONCLUSIÓN

El TCPH es un tratamiento que ha cobrado gran importancia con un aumento exponencial de los receptores de dicha técnica. La EICH debe ser tenida en cuenta en la consulta temprana, con el objetivo de identificar qué pacientes deben recibir tratamiento sistémico. Debe señalarse que el paciente inmunosuprimido puede presentar patologías simultáneas, que determinan el pronóstico.



## HEMANGIOMA DEL LACTANTE

Astengo M.<sup>1</sup>; Romano S.<sup>2</sup>; Maydana M.<sup>3</sup>; Martin R.<sup>4</sup>; Martinez M.<sup>5</sup>

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA<sup>1,2,3,4,5</sup>

belenastengo@hotmail.com

RPD  
094

### INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas del lactante son los tumores vasculares benignos más frecuentes de cabeza y cuello (60-65%). Son lesiones derivadas de células endoteliales, no evidenciables al momento del nacimiento. La mayoría se manifiestan entre el primer y tercer mes con una mediana de dos semanas. Se presentan como lesiones únicas, exófticas, bien definidas, del tejido subcutáneo, que captan realce difuso e intenso con el contraste. En su mayoría presentan una fase proliferativa, representada por el crecimiento de vasos de alto flujo hacia la superficie o en profundidad de los tejidos y adyacencias de la lesión, seguida de una fase de remisión espontánea hacia los nueve años.

### OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de hemangioma en un lactante.

### DESARROLLO

Paciente masculino de un mes y medio de edad (RNT/PAEG) que consulta por tumoración submandibular de un mes de evolución en región cervical izquierda de consistencia blanda, no dolorosa, sin signos de inflamación. Se realiza ecografía de partes blandas de cuello que informa en región submandibular izquierda una imagen hipoecogénica, homogénea de aproximadamente 23 x 19 x 13 mm de diámetro que impresiona corresponder a la glándula submandibular izquierda aumentada de tamaño, con flujo vascular conservado.

Laboratorio: Dentro de parámetros normales.

Serologías normales, HIV no reactivo.

Se realiza interconsulta con el servicio de inmunología quien indica controles de laboratorio y seguimiento con infectología quien indica medicar con cotrimoxazol más ácido fólico.

Debido a que el paciente permaneció en buen estado general pero sin presentar regresión de la lesión, se decide interconsultar con servicio de oncología quien descarta malignidad pero decide mantener un seguimiento estricto con ecografías mensuales. Al quinto mes de vida, por las características clínicas y ecográficas de la lesión, evaluadas en controles sucesivos, se realiza el diagnóstico de hemangioma de glándula submandibular.

### CONCLUSIÓN

Ante un caso de una tumoración de partes blandas en la región cervical de un lactante, de consistencia homogénea, no dolorosa, sin signos de flogosis, plantearse dentro de los diagnósticos diferenciales el de hemangioma.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: SÍNDROME DE MELAS

Weber F.<sup>1</sup>; Fitta R.<sup>2</sup>; Palladino V.<sup>3</sup>

HOSPITAL ZONAL DE ESQUEL<sup>1,2,3</sup>

fla\_fla77@hotmail.com

RPD  
095

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de MELAS está asociado a una mutación genética del ADN mitocondrial, en el 80% de los casos aproximadamente, que provoca un defecto en la síntesis proteica de las enzimas del Ciclo de Krebs. Es un desorden neurodegenerativo progresivo, caracterizado por miopatía mitocondrial, encefalopatía, acidosis láctica, y episodios stroke-like.

### OBJETIVO

Descripción de un caso ocurrido en nuestro hospital, que refleja la dificultad diagnóstica de esta clase de patologías.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 11 años de edad, sexo femenino, con antecedente de bajo peso y baja talla, que ingresó por guardia presentando cuadro de decaimiento y debilidad muscular de 48 hs de evolución. Madre refirió episodio convulsivo de tipo tónico clónico generalizado, de pocos minutos de duración, que cede espontáneamente en domicilio.

Al examen físico presentaba sensorio alternante, nistagmus, fotofobia, reflejos osteotendinosos disminuidos en MMII derecho así como Babinsky positivo, y hemiparesia braquiocrural derecha.

Como antecedente, manifiesta vómitos recurrentes asociados al ejercicio, con astenia y adinamia, desde los 3 años de edad.

Se realizaron hemocultivos por dos; punción lumbar con cultivo y virológico de líquido cefalorraquídeo, siendo todos negativos. Laboratorio dentro de límites normales. Lactato 6 mg%. TAC de SNC sin contraste en la que se descartó sangrado agudo y lesión ocupante de espacio.

Posteriormente se realizó RMN que evidenció hiperintensidad en T2 e hipointensidad en T1 cortical temporo – parieto – occipital del lado izquierdo. Tras la administración de gadolinio se observa intenso realce leptomeníngeo en dicha área. Estos hallazgos ejercen cierto efecto de masa sobre las estructuras anatómicas vecinas, contribuyendo a desplazar la línea media hacia el lado derecho y colapso parcial del ventrículo lateral izquierdo. Discreta atrofia del lóbulo temporal izquierdo. EEG: presencia de espigas occipitales bilaterales intercaladas con ondas lentas delta y theta de mediana amplitud y moderada frecuencia de descarga.

Se sospecha enfermedad de origen mitocondrial (Síndrome de MELAS). Se deriva a centro de mayor complejidad para continuar estudios y definir tratamiento.

### CONCLUSIÓN

El síndrome de MELAS tiene una presentación variable, que como nuestro caso, puede darse inicialmente en el contexto de un evento simil stroke antes de los 40 años.

Tiene mal pronóstico, de carácter esporádico o familiar (herencia materna), pudiendo generar desde déficit neurológico hasta la muerte.

El abordaje debe ser entonces multidisciplinario, haciendo uso de los métodos de diagnóstico por imagen como herramienta fundamental. Teniendo alto índice de sospecha para de esta forma lograr aportar calidad de vida a los pacientes.



## PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A PAROTIDITIS: A PROPÓSITO DE UN CASO



Neme M.<sup>1</sup>; Badra X.<sup>2</sup>; Serralunga M.<sup>3</sup>; Merino Mino J.<sup>4</sup>

HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD<sup>1,2,3,4</sup>

marialauraneme@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es poco frecuente en pediatría. Las causas más frecuentes son secundaria a traumatismo, enfermedades sistémicas, drogas, infecciones, idiopática y anomalías congénitas del sistema pancreático biliar. La etiología infecciosa por virus (Parotiditis, enterovirus, VEB, CMV, Virus Influenzae, HIV) representa un 39% de los casos. La pancreatitis se clasifica en aguda leve o grave según criterios clínicos y de laboratorio. La parotiditis puede presentar pancreatitis leve en un 4%, pero los casos graves son más raros. Tras la infección inicial, el virus de la parotiditis prolifera en el epitelio oral y en las glándulas salivares y esto se sigue de una viremia que permite la distribución sistémica del virus.

### OBJETIVO

Presentar un paciente con diagnóstico de pancreatitis secundaria a parotiditis.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años de edad, sin antecedentes patológicos personales ni familiares. Cursando día 4 de parotiditis bilateral, comienza con fiebre, dolor abdominal epigástrico, vómitos e ictericia. Consulta a guardia donde se realiza laboratorio (hiperbilirrubinemia a predominio directo, ALAT: 330 UI/l, ASAT: 204 UI/l, AMILASA PANCREÁTICA : 583 UI/l, LDH 161 UI/l, glucemia 118 mg/dl, GB 11550), se solicita ecografía abdominal que no

evidencia obstrucción de la vía biliar. Con diagnóstico de pancreatitis aguda se decide su internación para estudio y tratamiento.

Al examen físico: febril, con dolor epigástrico, icterico. Ranson 0

Se indica ayuno y PHP. Se realiza colangiografía que descarta obstrucción de la vía biliar. Se realizan laboratorios control con descenso de la amilasa y mejoría del hepatograma (Ranson 48 hs: 0). Por continuar con dolor abdominal en día 6 de internación se decide realizar TAC de abdomen: BALHAZAR B. Evoluciona con mejoría clínica y de laboratorio, por lo que se inicia nutrición enteral. Cumpliendo 13 días de internación se decide su egreso hospitalario.

### CONCLUSIÓN

En nuestro paciente se encuentra un claro antecedente de parotiditis pero presenta, además, ictericia, por lo que obliga a descartar como causa alteración de la vía biliar. Por lo tanto, a diferencia de los adultos en los que la etiología más frecuente es la litiasis, en pediatría se deben sospechar otras causas como la infecciosa.

Además existen múltiples criterios de gravedad (Apache II, Ranson, etc); elaborados con parámetros de adultos y no aplicables a pacientes pediátricos. Por lo que deberían efectuarse ensayos clínicos prospectivos que evalúen la aplicación de escalas de severidad de la pancreatitis aguda en la infancia.

## COMPLICACIONES POR INTERNACIÓN PROLONGADA EN LACTANTE CON COQUELUCHE



Zaslavsky V.<sup>1</sup>; D'errico C.<sup>2</sup>; Di Lalla S.<sup>3</sup>; Nakab A.<sup>4</sup>

ELIZALDE<sup>1,2,3,4</sup>

vanezas81@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Actualmente, las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) siguen siendo una de las causas más frecuentes de internación en pediatría y la Bordetella Pertusis uno de los gérmenes causantes de mayor morbimortalidad. Las complicaciones más graves se presentan en menores de 6 meses, la neumonía es responsable de la mayor tasa de óbito. Otras complicaciones descritas son el neumotórax, atelectasia, enfisema, convulsiones, encefalopatía. La gravedad de esta enfermedad, se asocia a requerimiento de internaciones más prolongadas, lo que conlleva también al aumento de complicaciones asociadas a la estadía intrahospitalaria. La edad pediátrica predispone a complicaciones infecciosas por la inmunodeficiencia transitoria que presentan estos pacientes. Las áreas de mayor riesgo de infección son la Unidad de Cuidados intensivos e intermedios.

### OBJETIVOS

Presentación de una paciente con enfermedad respiratoria aguda baja grave y descripción del aumento de la morbimortalidad asociada a la internación prolongada.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante de 3 meses de sexo femenino que ingresa derivada de hospital zonal a UTIP por Coqueluche grave, bronquiolitis por Metaneumovirus e hipogammaglobulinemia. Permaneció internada 18 meses en UTIP/UCIM presentando durante su evolución cinco episodios de neumonía asociada a respirador, celulitis de mano izquierda y bacteriemia por SAMR, Sd convulsivo, infección del tracto urinario por Cándida y Enterobacter, Otitis media crónica, gingivostomatitis herpética, TVP femoral izquierda. Traqueostomizada a los 4 meses quedando con secuelas neurológicas de retraso madurativo, sd convulsivo y respiratorias con HTP moderada y requerimientos al egreso de oxigenoterapia permanente BPAP nocturno e internación domiciliar. Múltiples internaciones posteriores por interurrencias respiratorias quedando como secuela a los 4 años de vida una atelectasia masiva derecha, agregándose indicación de ARM durante el sueño.

### CONCLUSIONES

La paciente presentó al ingreso cuadro respiratorio agudo bajo grave asociado a gérmenes de alta morbimortalidad. En el transcurso de su internación prolongada, presentó interurrencias asociadas a los cuidados de la salud con complicaciones a mediano y largo plazo, aumentando la complejidad de la paciente y el requerimiento de tecnología e insumos especiales.



## A PROPÓSITO DE UN CASO DE ABSCESO FRÍO GIGANTE COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME DE SHOCK-TÓXICO POST-VARICELA

RPD  
098

Soto M.<sup>1</sup>; Giménez A.<sup>2</sup>; Guillén M.<sup>3</sup>; Aguirre C.<sup>4</sup>; Sosa E.<sup>5</sup>; Benítez P.<sup>6</sup>  
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR AVELINO CASTELAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<hpdocencia@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La varicela es la enfermedad exantemática más frecuente, producida por el virus varicela-zoster, cuyo espectro clínico varía desde un rash máculo-pápulo-vesículo-costroso con leve afectación del estado general, hasta formas complicadas con muy alta morbimortalidad como el Síndrome de Shock Tóxico (SST).

### OBJETIVO

Comunicar un caso de Absceso Frío Gigante, una de las complicaciones de SST Post-Varicela en Pediatría.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Niño de 4 años, previamente sano, que ingresó con lesiones de varicela de una semana de evolución, séptico. En región dorsal inter-escapular presentó gran tumoración, con signos de flogosis. Se asumió como SST Post-Varicela y celulitis vs. fascitis necrotizante. Recibió vancomicina, clindamicina y gammaglobulina. Ingresó a UCIP para monitoreo hemodinámico, sin requerimiento de inotrópicos ni ARM. Regresó a Sala clínicamente mejorado, con lesiones en estadio costroso, persistentemente febril presentando la misma tumoración del ingreso en zona dorsal como único foco de infección. Drenándose dicha colección purulenta, sin realizarse toilette, cultivo negativo. Reingresó a los 15 días del alta con importante aumento de la tumoración en región cervical,

violácea e hiperalgia marcada con dificultad para movilidad. Se realizó angio-resonancia magnética: masa de partes blandas de límites netos de 97x112x28 mm, sin compromiso de planos profundos. Se realizó desbridamiento de tejido subcutáneo necrótico, gelificado. Cultivos negativos. Anatomía patológica : tejido abscedado en vías de organización.

### CONCLUSIÓN

El SST Post-Varicela es una enfermedad febril aguda que se manifiesta con rash, compromiso multisistémico e inestabilidad hemodinámica, causado por las toxinas (superantígenos) de *Streptococcus pyogenes* o de *Staphylococcus aureus*. Se asocian a celulitis gangrenosa y a fascitis necrotizante, es imprescindible realizar desbridamiento quirúrgico temprano y radical, ya que condiciona la evolución del cuadro, como vimos en el caso presentado.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE CAVERNA TUBERCULOSA EN LACTANTE

RPD  
099

Soto M.<sup>1</sup>; Giménez A.<sup>2</sup>; Morzan M.<sup>3</sup>; Aguirre C.<sup>4</sup>; Guillén M.<sup>5</sup>; Sosa E.<sup>6</sup>; Carballo A.<sup>7</sup>  
HOSPITAL PEDIÁTRICO DR AVELINO CASTELAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
<hpdocencia@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de salud a nivel mundial, planteándose como un verdadero reto para la Salud Pública. En un niño pequeño debe considerarse un evento centinela que indica la infección reciente de un adulto en su entorno.

### OBJETIVO

Comunicar un caso clínico de Caverna Tuberculosa en lactante.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 4 meses de edad, recién nacido de término con peso adecuado a la edad gestacional, inmunizaciones completas, sin antecedentes patológicos de importancia, padre con diagnóstico reciente de tuberculosis, bacilífero, que consultó por hipertermia y decaimiento de 10 días de evolución, y 48 hs de sintomatología respiratoria. En la radiografía de tórax se evidenció imagen nodular difusa en ambos campos pulmonares con atelectasia de lóbulo superior derecho. Presentaba Baciloscopia positiva (3 lavados gástricos). PPD negativa. Inició tratamiento con rifampicina-isoniacida-pirazinamida-etambutol. Se realizó TAC de tórax donde se evidenció caverna a nivel de lóbulo medio derecho en comunicación con bronquio. Se descartó compromiso del sistema nervioso central con citoquímico de LCR, ecografía y TAC encéfalo normal. Por mejoría clínica se otorgó el alta, luego se recibieron cultivos de lavado gástrico positivos para *Mycobacterium Tuberculosis*.

### CONCLUSIÓN

La tuberculosis diseminada es la forma más frecuente de presentación en lactantes y niños pequeños. En este caso se trata de un lactante que presentó una infección grave con baciloscopia y cultivos positivos; con compromiso del estado general y afectación pulmonar. Existe en la bibliografía muy pocos casos que hagan referencia a esta enfermedad en niños tan pequeños.





## VALIDACION DE UN "SCORE" DE ALERTA TEMPRANA EN PEDIATRIA

*Iparraguirre A.<sup>1</sup>; Arzelan C.<sup>2</sup>; Barrionuevo L.<sup>3</sup>; Dobenau M.<sup>4</sup>; Ferraris F.<sup>5</sup>; Frangi F.<sup>6</sup>; Verna J.<sup>7</sup>; Perez L.<sup>8</sup>; Llera J.<sup>9</sup>*  
HOSPITAL ITALIANO<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>  
amalia.iparraguirre@hiba.org.ar

PO  
102

### INTRODUCCIÓN

Existe evidencia de que episodios de deterioro (ED) como paro cardiorrespiratorio o traslado a unidades de mayor complejidad son precedidos por cambios en parámetros fisiológicos. Existen múltiples formatos de puntajes de alerta temprana en Pediatría.

### OBJETIVOS

Evaluar la sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos (VP) y likelihood ratio (LR) del puntaje de alerta temprana pediátrica adaptado de Monaghan A. (PEWS en inglés) dentro de las 24 hs previas a desarrollar un ED en pacientes pediátricos internados.

### MATERIALES Y MÉTODOS

El PEWS utilizado cuenta con 3 dominios y puntúa entre 0 y 9 el estado fisiológico del paciente. Se definió como puntaje crítico aquel mayor de 3 o 3 puntos en un dominio. Diseño: estudio de casos y controles anidado en una cohorte para determinar S y E del PEWS. Se definió caso a paciente con evento no esperado (ENE) (uso de presión positiva en vía aérea, VPPVA, o masaje cardíaco/inotrópicos en internación general o requerimiento de inotrópicos o de VPPVA dentro de las 4 hs del traslado a terapia intensiva, UCIP) y/o pasajes no programados a UCIP desde la internación. Se seleccionaron 4 controles por caso. Se capturó el peor

puntaje de PEWS de casos y controles dentro de 24 hs previas al ED categorizándolo como puntaje crítico/no crítico.

### RESULTADOS

Se presentan datos obtenidos entre Enero y junio 2016. Se incluyeron 20 casos con ED y 80 controles.

Para ED: S 65% (IC 95% 40,7-84,6), E del 92,5% (IC 95% 84,3-97,2), VP positivo 68,4% y VP negativo 91,3%. El LR positivo fue de 8,6 (IC 95% 3,7-19,9) y el LR negativo 0,38 (IC 95% 0,2-0,6).

Para ENE: S 81% (IC 95% 48-97), E del 92,5% (IC 95% 84,3-97,2), VP positivo 60% (IC 95% 32,3-83,6) y VP negativo 97,3% (IC 95% 90,8-99,6). El LR positivo fue de 10,9 (IC 95% 4,8-24,7) y el LR negativo 0,2 (IC 95% 0,06-0,7).

El 7,5% (6/80) de los controles y el 65% de los casos (13/20) tuvieron pews crítico ( $p < 0.0001$ ). La mediana de tiempo desde el primer pews positivo al episodio de deterioro fue de 2,8 horas (RIC 25-75% 0,8-8). En el 50% de los pacientes que tuvo pews crítico éste fue registrado entre la hora y las 8 horas del ED.

### CONCLUSIONES

La escala utilizada fue útil para la predicción de deterioro clínico en pacientes en riesgo.

## DESCRIPCIÓN DE EVENTOS NO ESPERADOS Y TRASLADOS NO PROGRAMADOS A UCIP EN SALA DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA

*Iparraguirre A.<sup>1</sup>; Arzelan C.<sup>2</sup>; Barrionuevo L.<sup>3</sup>; Dobenau M.<sup>4</sup>; Ferraris F.<sup>5</sup>; Frangi F.<sup>6</sup>; Verna J.<sup>7</sup>; Perez L.<sup>8</sup>; Llera J.<sup>9</sup>*  
HOSPITAL ITALIANO<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>  
amalia.iparraguirre@hiba.org.ar

PO  
103

### INTRODUCCIÓN

La falla en el reconocimiento y posible tratamiento de deterioro clínico en pacientes hospitalizados continúa siendo un problema por la alta morbimortalidad que genera. Existen formas de identificar y categorizar a pacientes en riesgo. Para desarrollar estas herramientas es necesario conocer la prevalencia local de los episodios de deterioro.

### OBJETIVOS

Describir prevalencia de eventos no esperados (ENE) y traslados no programados a Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en sector de internación general pediátrica de un hospital de tercer nivel.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo descriptivo. Se recolectó información a través de la historia clínica electrónica incluyendo episodios de internación desde el 1 de Enero del 2014 al 30 de Mayo del 2015. Se definió episodio de deterioro (ED) a ENE: uso de presión positiva en vía aérea o masaje cardíaco/inotrópicos en internación general o requerimiento de inotrópicos o de ventilación con presión positiva dentro de las 4 hs de la transferencia a unidad de alta complejidad; y a pasajes no programados a UCIP: traslado a este sector desde internación general sin haber solicitado previamente cama en dicho lugar.

### RESULTADOS

La prevalencia total de ED fue de 5/1000 días paciente (82 totales). La prevalencia de ENE fue de 2/1000 días paciente (29 totales). La distribución por causa de ED fue: 34% dificultad respiratoria, 24% shock séptico, 8,5% hemorragia digestiva alta, 6% alteraciones del medio interno, 2,4% status convulsivo, 2,4% deterioro neurológico, 22,7% otras.

### CONCLUSIONES

La prevalencia local es mayor a la reportada a nivel internacional (0,4 vs 2 cada 1000 días paciente). Las principales causas de deterioro clínico en pacientes pediátricos internados son dificultad respiratoria y episodios de shock séptico



## TAPONAMIENTO CARDIACO EN UN PACIENTE CON MIOCARDITIS AGUDA ASOCIADO A INFLUENZA A

RPD  
104

Melnechuk P.<sup>1</sup>; Woloszyn M.<sup>2</sup>; Ledesma J.<sup>3</sup>; Sero D.<sup>4</sup>; Lopez O.<sup>5</sup>; Oviedo O.<sup>6</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA DR. FERNANDO BARREYRO<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

nmelne@yahoo.com.ar

### INTRODUCCIÓN

La gripe por Influenza es una enfermedad que se ha relacionado con eventos coronarios agudos como desencadenante, pericarditis y miocarditis, tanto subclínica (ECG, biomarcadores, ecocardiografía) como con disfunción de VI significativa y fulminante, así como arritmias y muerte súbita. La frecuencia de la afectación cardíaca por Influenza es variable (0-10%), dependiendo de los criterios empleados, pero la afectación grave es rara, sobretudo como manifestación clínica inicial, atribuyéndose una baja toxigenicidad miocárdica, y su real incidencia no la hemos encontrado en la bibliografía consultada. Sin embargo, en la pandemia de 2009 se ha comunicado una elevada prevalencia de miocarditis fulminante entre los pacientes con miocarditis asociada a H1N1.

### OBJETIVOS

Presentar un caso de afectación cardíaca como manifestación inicial en un paciente pediátrico con diagnóstico de infección por Influenza A.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años, sano previamente con antecedentes de fiebre de tres días de evolución con vómitos y dolor abdominal, evaluado en lugar de origen por cirugía descartando patología quirúrgica. En horas evoluciona con deshidratación hipotermia, decaimiento y disnea por lo que es derivado e internado en terapia intermedia donde se constata shock cardiogénico con extremidades frías y sudorosas, pulsos débiles, hipoperfusión distal, ruidos cardíacos hipofonéticos e hipotensión arterial progresiva, además de disnea con dolor epigástrico que determinaba inclinación antálgica y sensación de muerte, mas obnubilación. En la

radiografía de tórax ICT: 0,58 y doble arco cardíaco derecho inferior. En ecocast se constata derrame pericárdico con hipokinesia miocárdica, y electrocardiograma con complejos QRS hipovoltados y alternancia eléctrica, aplanamiento de onda T. El laboratorio evidenciaba: GOT 188, GPT 78 FAL 107 urea 35 CPKMB 492 Troponina I 493 LDH 1500. Ante el desmejoramiento agudo se realizó pericardiocentesis de urgencia evacuando mas de 20 ml y recuperando luego del procedimiento la perfusión y pulsos de extremidades, asi como la tensión arterial. Posteriormente ingresa a TIP para soporte vital (ARM y goteo de inotropicos). La Ecocardiografía certifica miocarditis con derrame pericárdico GII post-punción, con FA de 29% y FEY 58%. Se instaura tratamiento con antibioticos y oseltamivir. Finalmente se recibe PCR real time de Influenza A positivo, (IFI -) Hemocultivos y cultivo de punción negativos. A las 48 hs presenta clínica de falla renal con infiltrado pulmonar basal y signos de edema pulmonar, requiriendo hemodiálisis.

### CONCLUSIÓN

La miocarditis con hipokinesia asociada a derrame pericárdico en un paciente con Influenza positivo condujo a una descompensación aguda con clínica de taponamiento cardíaco que requirió pericardiocentesis de urgencia evitando el desenlace fatal. Esto habla de la necesidad de sospechar de Influenza A en el contexto de epidemia, ante manifestacion clínica cardiologica grave sin evidencia inicial de afectación pulmonar.

## OPTIMIZACIÓN EN EL CUIDADO DE PACIENTES QUE SE INTERNAN PARA REALIZAR VIDEOELECTROENCEFALOGRAMA DE 24 HORAS O MAS HORAS

PO  
105

Frangi F.<sup>1</sup>; Ferraris F.<sup>2</sup>; Verna H.<sup>3</sup>; Dobenau M.<sup>4</sup>; Iparraguirre A.<sup>5</sup>; Arzalan C.<sup>6</sup>; Barrionuevo L.<sup>7</sup>; Llera J.<sup>8</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

ffrangi@me.com

### INTRODUCCIÓN

La complejidad de diferentes estrategias diagnósticas en pediatría hace necesario la internación. El VEEGP es una de ellas y se realiza en pacientes con riesgo de presentar convulsiones en su estadía. A partir de la reiteración de eventos no esperados con pasaje a cuidados intensivos (UCIP) de estos pacientes, se elaboró un protocolo de cuidados específico.

### OBJETIVOS

Comunicar la estrategia de desarrollo e implementación y el impacto de un protocolo de cuidados para pacientes que se internan para la realización de VEEGP.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron retrospectivamente los pacientes internados entre agosto de 2013 y enero de 2014 (P1). En febrero del 2014 se desarrolló un protocolo que definía: motivo del estudio (ME), consulta neurológica dentro de las 24 horas pre Internación(CNP), plan de manejo de la medicación de base(MB), plan ante convulsiones(C), colocación de vía endovenosa al ingreso (VCL), presencia de materiales en el lugar de Internación para asistencia del paciente (MAT). Todos estos ítems debían documentarse en la historia clínica(HC). Se compararon los resultados de P1 con los resultados prospectivos del periodo marzo 2014 - agosto 2015(P2). Ambas poblaciones fueron proporcionalmente similares en edad, sexo, patología de base y medicación utilizada.

### RESULTADOS

P1 n= 23 P2 n=61. Adherencia al protocolo según registro en HC: ME P1 39% P2 98%, (p<0,0001) CNP P1 21% P2 47% (p 0,0031), MB P1 3% P2 86% (p<0,0001) , C P1 2%, P2 83,5% (p<0,0001), VCL P1 21% P2 82% (p<0,0001), MAT P1 0%, P2 3%. Excepto MAT, todas las diferencias fueron estadísticamente significativas. Tres pacientes de P1(13%) y 3 paciente de P2 (5%) presentaron eventos que requirieron UCIP.

### CONCLUSIONES

Se observó una adherencia alta al cumplimiento del protocolo, excepto en el registro de disponibilidad de insumos. La intervención fue efectiva para disminuir los eventos no esperados y pase a UCIP.



## MEJORA EN LOS RESULTADOS DE LOS PACIENTE CON FALLO INTESTINAL QUE SON DERIVADOS TEMPRANAMENTE A UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

PO  
106

Frangi F.<sup>1</sup>; Busoni V.<sup>2</sup>; Ussher F.<sup>3</sup>; Izquierdo C.<sup>4</sup>; Sanchez Claria R.<sup>5</sup>; Lobos P.<sup>6</sup>; D Agostino D.<sup>7</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

ffrangi@me.com

### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia intestinal requiere de manejo interdisciplinario para lograr mejores resultados, especialmente la rehabilitación intestinal. Nuestra hipótesis es que los pacientes derivados tempranamente a un equipo multidisciplinario tiene mejores resultados.

### OBJETIVO

Comparar la evolución de los pacientes con fallo intestinal (FI) derivados tempranamente versus tardíamente a nuestro equipo multidisciplinario de rehabilitación y trasplante intestinal (CRIT).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas en forma retrospectiva de los pacientes con dependencia de alimentación Parenteral (APT) de más de 3 meses, que fueron derivados al CRIT. Las variables evaluadas fueron: porcentaje de rehabilitación intestinal (RI) complicaciones de APT, necesidad de trasplante intestinal (TI) y mortalidad. El FI asociado a enfermedad hepática (FIAEH) se definió como aumento persistente de los test de función hepática 1,5 arriba de los valores de referencia. La trombotosis de los grandes vasos fue estratificada con la escala de Miami: 1: sin trombotosis 2: un vaso trombosado 3: 2 o más grandes vasos trombosados 4: todos los vasos trombosados. La se consideraron aquellos pacientes con 2 o más infecciones relacionadas a catéter (IRC) en 1 año. El análisis estadístico se hizo con el test de Chi cuadrado.

### RESULTADOS

Entre 2008 y el 2016 se evaluaron 106 con FI. 12 fueron excluidos por tener un seguimiento menor a 6 meses. Los 94 restantes se dividieron en 2 grupos en relación al momento entre diagnóstico de FI y la primera consulta en el CRIT. Grupo 1(G1) aquellos derivados en los 6 meses del diagnóstico 53/94 con una edad promedio de 0,25 años (entre 0 y 14) y G2 más de 6 meses 41/94 con una media de edad de 2,5(0,6 y14). Se logró RI en 31/53 (58%) del G1 vs 15/51 (36,5%) del G2 (p0.0035) FIAEH G1 24/53 45% vs G2 20/41 49% no mostró diferencias (p0.73) enfermedad hepática avanzada se vio 1 /24 del G1 y en 3 /20 del G2. La escala de Miami 1-2 38/53(73%) G1vs 20/41(41%)G2 3-4 15/53 (28%) G1 vs 21/41(51%) G2 (p0.023) 2 o más IRC 38/53 G1(41,5%) y en 27/41 G2 (66%) (p0.019) Se trasplantaron 7/94 6% 3 delG1 y 4G2 y están esperando en lista 3 del G1 y 4 G2, la mortalidad fue de 6 /53(11%) g1 y 12 /41 29% g2(P0.028).

### CONCLUSIÓN

La rehabilitación intestinal, la sobrevida y las complicaciones asociadas a FI mejoran si los pacientes son derivados tempranamente a un centro de atención multidisciplinario.

## HIPERTENSION PULMONAR SECUNDARIA A VIH EN PEDIATRÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD  
107

Valentini L.<sup>1</sup>; Gonzalez N.<sup>2</sup>; López M.<sup>3</sup>; Beaudoin M.<sup>4</sup>

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4</sup>

lucilvalen@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Pulmonar (HP) es el aumento de la presión arterial pulmonar media  $\geq 25$  mmHg en reposo. Entre las manifestaciones clínicas se destacan la disnea, la fatiga, el desarrollo insuficiente y el síncope; la insuficiencia del VD franca es un acontecimiento tardío. La HP secundaria a la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), no es frecuente en la población pediátrica. No obstante, la mayor esperanza de vida de estos pacientes, permite reconocer actualmente a la HP como una consecuencia de la evolución natural del VIH.

### OBJETIVO

Describir una presentación clínica poco habitual de HP secundaria a una patología con mayor supervivencia actualmente.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 15 años con diagnóstico de VIH de transmisión vertical, sin tratamiento, consultó por tos y disnea de 1 mes de evolución. Se presentó afebril, taquicárdico y taquípneico, con regular entrada de aire bilateral e hipoventilación derecha. Abdomen distendido y hepatomegalia. Edemas en miembros inferiores y dedos en palillo de tambor. Antecedentes personales: neumonías a repetición de tratamiento ambulatorio. Ambos padres VIH positivos. Padre con tuberculosis pulmonar (bacilífero), sin catástro familiar. Se realizaron estudios complementarios: radiografía de tórax que evidenció cardiomegalia a predominio de cavidades derechas y derrame pleural de 85 mm; ecografía abdominal que confirmó hepatomegalia y líquido libre en Douglas e interasas; punción pleural diagnóstica y terapéutica, obteniéndose exudado con cultivos negativos, ADA  $> 60$  U/l. Ecocardiograma: hipertensión

pulmonar severa, aumento de cavidades derechas con función ventricular izquierda levemente disminuida y mínimo derrame pericárdico, descartándose etiología cardiovascular de HP. Laboratorio al ingreso GB 3140(N 54/L 39) Hto 35%, Hb 11 g/dl, PQ 250000 ERS 133 mm, carga viral 9770 copias, CD4 6%. Colagenograma y perfil tiroideo normal, mediante centellograma V/Q y angiogramografía se descartó enfermedad tromboembólica. TAC de tórax: adenopatías retrocavopretraqueales pre y sub-carinales y en mediastino superior, imágenes nodulillares calcificadas de aspecto secuelar en lóbulo medio e inferior derecho, derrame pleural bilateral. Se inició tratamiento con Sildenafil 1 mg/kg/dosis cada 8 horas y Espironolactona 1.5 mg/kg/día, por presentar poliserositis, contacto con enfermo bacilífero y ADA positivo, se indicó tratamiento antituberculoso y se instauró tratamiento antirretroviral. Se constató evolución clínica favorable junto con mejoría de parámetros electrocardiográficos.

### CONCLUSIÓN

El abordaje de la HP en pacientes con VIH debe realizarse en forma interdisciplinaria. No disponemos de la incidencia actual de esta manifestación clínica en nuestro país. La HP es un factor de riesgo de muerte independiente en los pacientes infectados por el VIH. Esta puede devenir en insuficiencia cardíaca derecha y muerte, por lo que el diagnóstico precoz y la rápida instauración del tratamiento pertinente, junto con la terapia antirretroviral, permitirían una mayor supervivencia y calidad de vida.



## A PROPÓSITO DE UN CASO DE ACCIDENTE CROTÁLICO EN PEDIATRÍA

Perezlindo F.<sup>1</sup>; Puyol I.<sup>2</sup>; Freschi S.<sup>3</sup>

HOSPITAL PEDIATRICO DR AVELINO CASTELAN<sup>1,2,3</sup>  
dramyriammedina@yahoo.com.ar

RPD  
108

### INTRODUCCIÓN

El Ofidismo es el envenenamiento por mordedura de serpiente, puede tener diferentes grados de severidad pero siempre es una urgencia médica, con mayor notificación en la zona del nordeste argentino. La gravedad del accidente crotálico está determinada por la acción de tipo neurotóxica, miotóxica y coagulante del veneno.

### OBJETIVO

Comunicar la clínica específica del envenenamiento crotálico en Pediatría para la intervención precoz y efectiva.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 11 años oriundo de Tres Isletas Chaco, con antecedente de haber sufrido accidente ofídico. Presentó síntomas como debilidad muscular, mareos y ptosis palpebral de manera progresiva. Al ingreso al hospital se encontraba pálido, somnoliento, con frecuencia cardíaca de 128 latidos por minuto, tensión arterial de 135/75 mmHg, con buena mecánica ventilatoria. Presentaba fascie miasténica, debilidad muscular y mialgias generalizadas. Se evidenció sitio de mordedura en cara antero externa de pierna derecha, con eritema y edema local. Laboratorio: coagulograma alterado, CPK en ascenso, hematuria microscópica y función renal conservada. Por clínica, se asumió como accidente crotálico. Se realizó tratamiento con suero antiofídico específico y medidas de prevención de

injurias renales. El niño evolucionó de manera favorable con mejoría de la debilidad muscular y valores de laboratorio. Se otorgó el alta a los 5 días de evolución.

### CONCLUSIÓN

El reconocimiento del ofidio es importante pero no imprescindible para iniciar el tratamiento, siendo la clínica la herramienta clave para instaurar de manera eficaz el tratamiento específico a fin de evitar las complicaciones.

## INTERVENCIÓN PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL USO DE CAMAS DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Arzelan C.<sup>1</sup>; Buscarini R.<sup>2</sup>; Llera J.<sup>3</sup>

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES<sup>1,2,3</sup>  
carolina.arzelan@hospitalitaliano.org.ar

RPD  
109

El Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de BA, cuenta con 30 camas en piso, 10 de terapia intermedia, 18 de terapia intensiva y cuatro de hospital de día. Tiene doce servicios con todas las especialidades clínicas y quirúrgicas. Durante el año 2015 se internaron 2940 pacientes. Ante quejas recurrentes respecto a: demoras en la accesibilidad a la cama, suspensión de cirugías y cuello de botella en transferencia de pacientes, se llevó a cabo un análisis de datos del primer semestre del año 2015, con entrevistas grupales con jefes de servicio y sus secretarías y un relevamiento del pase médico.

Se constató la percepción no cuantificable de demoras y un modelo de programación donde cada servicio era independiente. La información para la toma de decisión era escasa. Se informaba a enfermería pero no a hotelería.

Hospital de día permaneció abierto 20 días en el semestre dando soporte a pacientes con criterios de internación más de 24 horas. Se detectó promedios semanales de ingresos (I): 37 y de altas (A): 35. Se observó una fuerte discrepancia entre I y A a lo largo de la semana. El cociente I/A era de 3 los días lunes y de 0.15 los sábados. La programación semanal no era homogénea: lunes: 10.12, martes: 7.27 y el resto de los días promediaban 5.39. En promedio se suspendían y reprogramaban dos a tres procedimientos quirúrgicos por semana. El tiempo de espera entre arribo e internación era 5:32:56 horas.

### INTERVENCIÓN

Se limitó a 8 internaciones la programación diaria con un sistema de excepciones. Se distribuyeron en forma homogénea los procedimientos con anestesia. Se definieron como obligatorios los datos necesarios para la toma de decisión e incorporar a Hotelería.

### RESULTADOS

Los ingresos fueron similares en los dos semestres. Se observó una distribución semanal de I más homogénea, Lunes 7.58 Martes 6.85 Miércoles 6.12 Jueves 6.15 Viernes 5.19 con un cociente I/A cercano a uno para todos los días, excepto el lunes que bajó a 2.5 y el sábado se mantuvo en 0.16. No permanecieron pacientes internados en hospital de día. No se suspendieron cirugías, para similar número de procedimientos. El tiempo de espera de una cama disminuyó a 3:44:08 horas.

La vía de excepción para programar pacientes encima de los 8 fue de 6 por semana al inicio, disminuyendo progresivamente a una por semana al final del segundo semestre.

### CONCLUSIONES

La conformación de un equipo de trabajo multidisciplinario, con apoyo de la conducción de la institución, liderazgo y roles definidos, objetivos claros y la indeclinable intención de alinear intereses, permitió producir cambios y sostenerlos en el tiempo con un fuerte impacto en la actividad relacionada a la internación.





## CONTROL DE INMUNIZACIONES EN UNA POBLACION INFANTIL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES



Peirano M.<sup>1</sup>; Carambia L.<sup>2</sup>; Raimondi A.<sup>3</sup>; Nabais Robalo M.<sup>4</sup>; Melgarejo M.<sup>5</sup>

HOSPITAL MUNICIPAL PROF. B. HOUSSAY<sup>1 2 3 4 5</sup>

<milagrospeirano@gmail.com>

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

La vacunación es una estrategia efectiva en salud pública para evitar enfermedades. Las coberturas para cualquier vacuna debe ser 95% para disminuir la transmisión logrando control de la enfermedad. A pesar de los esfuerzos, las coberturas distan en Argentina de ser óptimas. Todavía mueren niños por enfermedades prevenibles por vacunas.

#### OBJETIVOS

Evaluar el cumplimiento del calendario Nacional de Vacunación en los niños de 7 meses 15 días a 5 años. Conocer la proporción con vacunación completa y aplicación oportuna. Concientizar y sensibilizar sobre la importancia de la aplicación oportuna de las vacunas y la necesidad de alcanzar niveles aceptables de cobertura. Determinar causas del no cumplimiento o retraso en la aplicación. Indicar vacunas faltantes.

#### POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo-observacional. Se seleccionaron 106 pacientes domiciliados en el partido de Vicente López (provincia de Buenos Aires), durante atención médica en consultorio externo o internación del Hospital Municipal Prof. B. Houssay y en la Unidad de Atención Primaria Illia, que cumplían con los criterios de inclusión.

### RESULTADOS

Vacunación completa y oportuna 24,53%, completano oportuna 38,68%e incompleta 36,79%. Lugares de vacunación: UAP 53,77%, hospital 33,02%. Otros lugares 10,36%.

Las vacunas BCG y hepatitis B cobertura del 100%, y administradas oportunamente en el 87.74% y 37.93% respectivamente. Con menor cobertura triple viral y hepatitis A en un 35,63% y 37,93% respectivamente. Las causas de oportunidades perdidas fueron: progenitores 40,9%, causas medicas 28,7%, sistema de salud 8,58% y causas del niño 10,6%.

### CONCLUSIONES

Hace falta mayor instrucción e interés, primeramente, del equipo de salud. Observamos similares valores en vacunación no oportuna e incompleta (más del 30%), denotando falla a nivel sanitario. Deben aprovecharse todas las consultas para recordar la vacunación.

## RETRASO DE CRECIMIENTO Y HEPATOESPLENOMEGALIA



Ciavatta Trabazos J.<sup>1</sup>; Buscio M.<sup>2</sup>; Galvagno I.<sup>3</sup>; Donato M.<sup>4</sup>; Cevallos V.<sup>5</sup>; Arpi L.<sup>6</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

jesicaciavatta@yahoo.com.ar

Lactante con mal progreso de peso y hepatoesplenomegalia.

RNT (41 semanas), PAEG (4.800 kg), embarazo controlado con serologías negativas. Alta conjunta a las 72 hs de vida. Sólo vacunas del nacimiento. Consulta por guardia por mal progreso de peso desde los 2 meses, asociado a hepatoesplenomegalia. Dos semanas antes de la consulta viajó a Paraguay, allí se internó por diarrea y vómitos, se realizó ecografía y laboratorio con leucocitosis (41.490/mm<sup>3</sup>), anemia (Hb 6.2 g/dl), plaquetopenia (82.000/mm<sup>3</sup>), LDH 725 U/L, albúmina 2.7 g/dl. Otros estudios: RK 39 negativo (leishmania). Serologías HIV, Parvovirus, VDRL negativas. Hemocultivos negativos. PAMO: Hiperplasia granulocítica aguda. No blastos. Realiza tratamiento con alopurinol, cefotaxime por 7 días, 2 transfusiones de globulos rojos. Por solicitud de la madre, se otorga egreso hospitalario con sulfato ferroso 5 mg/kg/día, ácido fólico, zinc. Se alimenta con leche kasmil.

Al ingreso a nuestro hospital se observa paciente emaciada, con hepatoesplenomegalia palpable hasta ambas fosas ilíacas. Laboratorio: leucocitosis, anemia y plaquetopenia. Se realiza transfusión de GRS.

#### ASPECTO HEMATOLÓGICO

Persiste bicitopenia con leucocitosis. Por macrocitosis se descartó déficit de vitamina B12 y Ac. Fólico. Cariotipo 46 XX. PAMO sin blastos, con citogenético normal, PCR virales negativas. Perfil tiroideo, poblaciones linfocitarias, dosaje de Inmunoglobulinas y Proteinograma : normales. Dosaje de Hb fetal normal.

Se realizan Rx de cráneo y huesos largos normales (para descartar Histiocitosis).

Aspecto Infectológico: Serologías negativas.

Cultivos de PAMO negativos. Lavados gástricos: negativos. Rx de tórax normal.

Aspecto Metabólico: no se evidencian células de depósito en la PAMO. Ácidos orgánicos en orina: normales.

Descartados otros diagnósticos (infectológicos, metabólicos, otras leucemias) se asume como Leucemia Mielomonocítica Juvenil, cumpliendo bloque de quimioterapia con Azacitidina por 5 días sin complicaciones. Se toma muestra para histocompatibilidad de hermanos (para eventual TMO), pendiente resultado.



## MUCORMICOSIS EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS ONCOLÓGICOS

Burgos M.<sup>1</sup>; Conde F.<sup>2</sup>; Ponce Giraldez M.<sup>3</sup>; Romero J.<sup>4</sup>; Gomez S.<sup>5</sup>; Spilotti M.<sup>6</sup>; Zea Ricardo C.<sup>7</sup>; Mora C.<sup>8</sup>; Lorusso A.<sup>9</sup>

HTAL. GARRAHAN<sup>123456789</sup>

marieburgos@hotmail.com

RPD  
112

### INTRODUCCIÓN

La mucormicosis, infección por zygomycetes, es oportunista inusual y altamente agresiva. Las formas rinosinusal, rinocerebral y pulmonar son las presentaciones más frecuentes. La inmunosupresión severa, el uso de corticoides y la hiperglucemia no controlada aumentan el riesgo de presentarla.

### OBJETIVOS

Describir formas de presentación frecuente y poco frecuente de infección fúngica por zygomycetes en pacientes pediátricos hemato-oncológicos con inmunosupresión severa.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se describen tres formas clínicas de mucormicosis: intestinal con perforación, rinosinusal y hepática, su diagnóstico y tratamiento.

### CONCLUSIONES

Frente a factores de riesgo para Mucormicosis y la presencia de sinusitis y/o celulitis periorbitaria se debe descartar esta etiología en forma precoz. La presentación intestinal y hepática son entidades poco habituales y en general son un hallazgo en la búsqueda de focos profundos en pacientes con neutropenia febril prolongada. La infección fúngica invasiva tiene alta morbimortalidad (70-100%) siendo un marcador pronóstico la recuperación de neutrófilos, la cirugía oportuna y agresiva y el tratamiento antifúngico prolongado para su curación.

## COMPROMISO NUTRICIONAL EN PACIENTES ONCOLOGICOS PEDIATRICOS

Arzelan C.<sup>1</sup>; Barrionuevo L.<sup>2</sup>; Dobenau M.<sup>3</sup>; Ferraris F.<sup>4</sup>; Iparraguirre A.<sup>5</sup>; Frangi F.<sup>6</sup>; Verna H.<sup>7</sup>; Llera J.<sup>8</sup>

HOSPITAL ITALIANO BUENOS AIRES<sup>12345678</sup>

carolina.arzelan@hospitalitaliano.org.ar

PO  
114

Opción a Premio

### INTRODUCCIÓN

La tasa de incidencia de cáncer en Argentina es de 124 por millón siendo Leucemia linfoblástica aguda (LLA) la más frecuente. Se producen 450 muertes por año por cáncer en menores de 15 años y es la segunda causa de muerte a esta edad en Argentina.

Reporta la literatura que la desnutrición en este grupo de pacientes fluctúa entre 6% y 50% por distintas causas, impactando en la evolución de la enfermedad.

### OBJETIVO

Describir el estado nutricional de los pacientes pediátricos con enfermedad oncológica al inicio, al mes y a los 12 meses de comenzado el tratamiento.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectiva, analítico. Se incluyeron pacientes entre 1 mes y 18 años con enfermedades oncológicas sin tratamiento al ingreso del estudio que consultaron entre Enero del 2010 y Mayo del 2015. Se evaluó el estado nutricional a través de indicadores antropométricos: Peso para la edad y puntaje z. Se utilizaron tablas y percentilos de la Sociedad Argentina de Pediatría. Se clasificó en: 1. Desnutrición menor a percentil 3 o puntaje z igual o menor a -2; 2. Riesgo nutricional: entre los percentilos 10 y 3 o puntaje z entre -1.29 a -1.99; 3. Acorde: percentil

mayor a 10 y menor a 85 o puntaje z entre -1.28 a +0.99; Sobrepeso: percentil entre 85-96 o puntaje Z entre +1 y +1.99 y Obesidad: percentil mayor o igual a 97 o puntaje Z mayor o igual a 2.

### RESULTADOS

Ingresaron 83 pacientes al estudio. La mediana de edad fue de 7.9 años. El 51.8% fueron tumores hematológicos (LLA 31.3%). La proporción de desnutrición/ riesgo nutricional hallado en el estudio fue de 7.2% al momento del diagnóstico, 8.4% al mes de iniciar quimioterapia, y 10% al año. Por otra parte la proporción de obesidad en tumores hematológicos fue de 34.9% al diagnóstico, 27.9% al mes y 32.5% al año, mientras que en tumores sólidos fue de 27.5% al diagnóstico y al mes, descendiendo al 20% al año. Se observó un descenso de 0.03 del puntaje z de peso por unidad de tiempo en todos los pacientes (p 0.001). En el análisis por subgrupos se observó un descenso del puntaje z de peso por unidad de tiempo en pacientes con tumores sólidos de 0.052 (p 0.001).

### CONCLUSIÓN

Se evidenció alta tasa de sobrepeso y obesidad al diagnóstico y al año. Se observó un descenso global significativo del puntaje Z, a expensas del grupo de paciente con tumores sólidos.



## LESIONES ELÉCTRICAS EN PEDIATRÍA

Svartman V.<sup>1</sup>; Sánchez Bustamante M.<sup>2</sup>

HOSPITAL FEDERICO FALCON<sup>1,2</sup>

<svartmanvaleria@gmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Las lesiones eléctricas en niños son frecuentes. Según la edad, existen 2 picos de incidencia, en menores de 6 años por el contacto hogareño con cables/enchufes, en adolescentes por el contacto con cables de alto voltaje en los postes eléctricos.

### OBJETIVO

Describir 3 casos de pacientes internados por electrocución en el Hospital Federico Falcón. Revisión y análisis de la bibliografía.

### PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Caso 1 y 2: Niñas de 9 y 4 años de edad que sufren electrocución de bajo voltaje en ámbito doméstico. Sin antecedentes. Ambas con examen físico, ECG y orinas normales. Se destaca en la 1er paciente CPK 2800 con un máximo a las 12 hs de 6000. Se decide internación e hiperhidratación. En la 2da niña la CPK fue de 1300. Presentaron mejoría del laboratorio por lo que se externaron al 5to día. Caso 3: Niña de 16 meses que ingresa en PCR por electrocución doméstica. Luego de las maniobras de RCP avanzado y cardioversión ingresa a UTIP. Sin antecedentes. Al examen físico puerta de salida en región axilar izquierda. Permaneció 6 días en ARM, intercurrió con convulsión generalizada y neumonía aspirativa cumpliendo tratamiento antibiótico. Presentó CPK de 210. Evolucionó favorablemente, otorgándosele el alta sin secuelas.

### DISCUSIÓN

Los flujos de corrientes pueden ser de alto voltaje (>1000V) y bajo voltaje (<1000V). Las lesiones se dan por tres mecanismos: el daño directo de la electricidad sobre los tejidos, el calor generando quemaduras superficiales y profundas, y las lesiones provenientes de rayos, contracciones musculares causando traumatismos.

Las manifestaciones pueden ir desde lesiones superficiales hasta quemaduras graves con disfunción multiorgánica y muerte. Los órganos más sensibles son el corazón, los músculos, el sistema nervioso y la piel. La mayoría de los autores concluyen que el tratamiento debe ponerse en el cuidado de quemaduras y el manejo de fluidos. En pacientes en donde el ECG es normal y sin riesgo para arritmias, no estaría indicado el monitoreo cardíaco.

### CONCLUSIÓN

Ante un paciente que sufre una electrocución debemos identificar el mecanismo, origen y tiempo del incidente. Determinar la gravedad del episodio permite establecer el tratamiento acorde a la situación clínica y de las posibles secuelas. Por último se debe recordar que las pautas de prevención y educación a los padres sigue siendo el pilar fundamental para evitar estos casos.

## LACTANTE CON MASA MEDIASTINAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS. N TITULO O TITULO DEMASIADO CORTO

Penecino M.<sup>1</sup>; Torrents M.<sup>2</sup>; Argiro M.<sup>3</sup>; Janer Tittarelli M.<sup>4</sup>; Limardo P.<sup>5</sup>; Suco Valles S.<sup>6</sup>; Tantera M.<sup>7</sup>; Morales I.<sup>8</sup>; Gonzalez F.<sup>9</sup>; Yazde Puleilo M.<sup>10</sup>; Vacarezza S.<sup>11</sup>; Sosa R.<sup>12</sup>

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12</sup>

<aguspenecino@hotmail.com>



### INTRODUCCION

La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad poco frecuente caracterizada por la acumulación y proliferación de histiocitos, eosinófilos y células con inmunofenotipo de células de Langerhans, que afecta órganos y sistemas de forma aislada o múltiple. El diagnóstico se realiza mediante biopsia de la lesión y la confirmación de la presencia de CD1a y/o CD207 en la misma. Las distintas formas de presentación producen diferentes enfoques pronósticos y terapéuticos; desde formas benignas y autolimitadas con resolución espontánea, hasta otras de curso tórpido o maligno.

### OBJETIVOS

Presentar el caso de un lactante con una presentación atípica de esta enfermedad. Mostrar un diagnóstico para sospechar ante una masa mediastinal anterior en un lactante.

### CASO CLINICO

Paciente de 7 meses expuesto perinatal, concurre al control de salud donde se constata dificultad respiratoria. Antecedentes: RNT/PAEG, embarazo controlado, madre HIV + diagnosticado durante el embarazo, que recibe tratamiento adecuado. Paciente con 3 PCR -. Se realizan radiografías de tórax de frente y perfil que muestran gran masa en mediastino anterior. La ecografía informa masa sólida, heterogénea, con calcificaciones, en íntimo contacto con vasos. Derrame pericárdico de 10mm.

Se interna y se realiza TAC de tórax que informa masa en espacio visceral del cuello que desplaza paquete vascular derecho, compromete mediastino anterior hasta diafragma. Sugestivo de tumor germinal (teratoma). Se realiza dosaje de alfa-feto proteína: 15 y BHCG: 0. Se realiza cirugía en la que se extirpa parcialmente la masa, cuya anatomía patológica informa: Histiocitosis de células de Langerhans.

Se realizan radiografías de cráneo y huesos largos en las que se haya imagen osteolítica en calota. Se realiza biopsia de lesiones de piel de cuero cabelludo con igual diagnóstico.

Actualmente en tratamiento con Vinblastina y corticoides, con buena evolución.

### CONCLUSIONES

La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad que puede producir compromiso local o sistémico, cuyas formas de presentación variable determinan ser el diagnóstico diferencial obligado de otras entidades.

Es de suma importancia que el pediatra tenga un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico en forma temprana.



## BRUCELOSIS, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
117

Perez Gorosito M.<sup>1</sup>; Arias N.<sup>2</sup>; Bermejo N.<sup>3</sup>

CEPSI EVA PERON<sup>1,2,3</sup>

mariasilvina\_perez@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La Brucelosis es un grave problema de salud pública a nivel mundial. Se trata de una zoonosis donde el ser humano es un huésped accidental, que puede adquirir la infección a través del contacto directo con un animal infectado o por el consumo de leche o derivados no pasteurizados.

Es una enfermedad sistémica difícil de diagnosticar por sus síntomas inespecíficos de presentación, que aparecen 2-4 semanas después de la inoculación. Se caracteriza por una triada clásica: Fiebre, hepatoesplenomegalia y artralgias o artritis.

Si bien la prevalencia global de la brucelosis en el ser humano es desconocida, debido fundamentalmente al subdiagnóstico y a la subnotificación, se estima que a nivel mundial afecta a 500.000 personas al año. En nuestra provincia se registraron 4 casos positivos en el año 2015.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una paciente con brucelosis.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 10 años, eutrófica, procedente de Sumampa, Santiago del Estero, que consulta por cuadro de 10 días de evolución caracterizado por fiebre entre 38-39.4°C, 2-3 picos diarios.

Al examen físico como datos positivos hematoesplenomegalia y lesiones en piel tipo maculo-pápulas, eritematosas no pruriginosas distribuidas en MMII y tronco.

Como antecedente vivienda de tipo rural, NBI, crían cabras y faenan en el peridomicilio.

Laboratorio: GOT/GPT aumentada, FAL aumentada y bilirrubina Normal. PPD 1mm HCV, RK 39, Chagas, Toxoplasmosis, VDRL, Baciloscopia de esputo, Clamidia, CMV, Epstein Baar, Pabovirus B 19, FAN, Anca y Monotest NEGATIVOS.

Ac antibrucelas Abortus IgG e IgM Positivos.

Ecografía Abdominal: Hígado 200mm de altura Bazo 170mm

TAC de Abdomen: Hepatoesplenomegalia

### EVOLUCIÓN

Serología + para brucelosis se inicio tratamiento con doxiciclina + Rifampicina, cumplió 12 días internada y luego continuo el esquema de 6 semanas en forma ambulatoria.

### DISCUSIÓN

En el contexto de un paciente con síndrome febril + hepatoesplenomegalia, se debe considerar a la brucelosis como diagnostico diferencial. En este sentido, una anamnesis orientada a la epidemiología de la enfermedad nos orientara al diagnostico y permitirá un tratamiento oportuno.

## DEBILIDAD MUSCULAR AGUDA EN PEDIATRIA

RPD  
119

Ledesma L.<sup>1</sup>; Medina Y.<sup>2</sup>; Dácquila M.<sup>3</sup>; Mattute J.<sup>4</sup>

SANATORIO ITOIZ<sup>1,2,3,4</sup>

jesilourledesma@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La debilidad muscular aguda es un trastorno frecuente en pediatría, la incidencia en niños se estima entre 0,4 y 1,3 casos/100.000 niños menores de 14 años. Puede ocurrir a partir de la afectación de cualquier parte de la unidad motora. Se manifiesta en general como un trastorno motor agudo de curso progresivo o rápidamente progresivo. La debilidad muscular aguda es una urgencia neuromuscular en especial si afecta a la musculatura respiratoria u orofaríngea. Una historia clínica detallada y una exploración clínica precisa, permitirá localizar el nivel de la lesión y así dirigir los estudios complementarios necesarios para confirmar la sospecha diagnóstica.

### OBJETIVOS

Documentar un caso clínico de aparición poco frecuente.

### POBLACIÓN

Paciente de 9 años consulta por debilidad muscular progresiva de ambos miembros superiores con evolución menor a 48hs. Como antecedentes presento catarro de vía aérea superior de una semana de evolución. Niega traumatismos de importancia en el último año. No refirió inmunizaciones ni viajes recientes. Al examen físico presentaba impotencia funcional moderada bilateral de ambos miembros superiores con sensibilidad normal y reflejos osteotendinosos conservados.

### RESULTADOS

A su ingreso se realizó RNM cerebral sin particularidades, laboratorio completo: Hemograma, Estado Acido Base, Ionograma, ESD, Ca, P, Mg, proteinograma, Glucemia, Función renal, Hepatograma encontrándose los mismos dentro

de parámetros normales, se incluye además LDH: 325U/L y CPK: 204 U/L .Se solicitan serologías para CMV, EVB, HVA, HVC, Mycoplasma Pneumoniae siendo estas negativas y coprocultivo en búsqueda de Campylobacter Yeyuni sin rescate. Ante exámenes complementarios sin datos positivos, se realiza Punción Lumbar con citoquímico dentro de parámetros normales. Se solicita electromiograma no evidenciando alteración en la velocidad de conducción. Ante persistencia y agudización de los síntomas luego de siete días se realiza segunda Punción Lumbar en donde se observa discreto aumento de proteínas en LCR con respecto al obtenido a su ingreso, sin alteración en la celularidad. Se evidencia imagen especular en el mismo y en suero (patrón tipo IV) de tipo inflamatorio. Se obtiene bandas oligoclonales en LCR normales con una IgG en suero de 1540 mg/dl, Proteína Básica de la Mielina positivo débil. La paciente evoluciona tópidamente con debilidad generalizada, reflejo aquiliano y rotuliano disminuidos, reflejo tusígeno débil asociado a dificultad en movilización de secreciones, impresionando así compromiso diafragmático. Se inicia infusión de Gammaglobulina EV 2g/kg/dosis. La paciente ingresa a UTI en donde evoluciona favorablemente sin requerimientos de ARM.

### CONCLUSIONES

Describe el caso de un Síndrome de Guillain Barré Atípico que inicia con un cuadro de debilidad muscular proximal con progresión descendente hasta compromiso respiratorio. Este tipo de presentación es excepcional; la forma clásica de esta entidad es la poli neuropatía sensitivo-motora desmielinizante aguda (90% de los casos), asociándose usualmente a procesos infecciosos previos.





## ABSCESO DE BRODIE

Gutiérrez Vargas H.<sup>1</sup>; Romero Sajona R.<sup>2</sup>; Acevedo Herrera M.<sup>3</sup>

SANATORIO ITOIZ<sup>1,2,3</sup>

helem.gutierrez@hotmail.com



### INTRODUCCION

El absceso de Brodie es una variante infrecuente de osteomielitis hematógena, de curso subagudo, que afecta principalmente a menores de 5 años, con una razón 2:1 varón a mujer. El *Stafilococo aureus* es el germen más frecuente, con aumento actual de esta patología por la presencia de cepas resistentes. Mayor compromiso metafisiario, puede propagarse a la epífisis y al espacio articular hasta en 1/3 de los casos. Su diagnóstico puede dificultarse por la ausencia de síntomas sistémicos y de alteraciones de laboratorio. Los estudios de imágenes juegan un rol importante. El tratamiento incluye antibioticoterapia prolongada y eventual cirugía.

### POBLACION

Varón de 18 meses de edad, refiere la madre que presenta caída desde su propia altura 10 días antes, cursa OMA derecha en tratamiento con Amoxicilina (Día 5). Consulta por 8 días de dolor en MID y dificultad para la marcha. Ecografía de cadera derecha con líquido articular pericapsular de 6,8 mm. Interpretado y manejado como sinovitis transitoria. Reconsulta por registros febriles y limitación funcional, GB 15.100 (33/53), ESD 61, PCR 38 y control ecográfico sin cambios. RMN de cadera: Abundante líquido de aspecto purulento en articulación coxofemoral derecha, sin lesión osteocondral. Previa toma de HMC, recibe clindamicina y se realiza artrotomía y toilette, con cultivos positivos para SAMR. Por antibiograma, se adiciona rifampicina. Evolución tórpida, febril, incapacidad para la movilidad, GB 11.500, ESD 84, PCR 33. Control de RMN (1): Edema óseo con imagen redondeada de 6,64 mm, abundante

líquido de aspecto heterogéneo, compromiso de partes blandas e hiperintensidad de estructuras adyacentes. Rx de cadera (2) con evidencia de dicha lesión e importante edema de partes blandas. Es reintervenido quirúrgicamente tomándose cultivos de lesión abscedada, siendo positivos para SAMR. Posterior mejoría clínica y de laboratorio, ESD 28, PCR 35. Completa antibioticoterapia EV Clindamicina + Rifampicina por 24 días. Anatomopatología informa cambios compatibles con osteomielitis y compromiso inflamatorio subagudo de partes blandas. Egresada para continuidad de tratamiento antibiótico ambulatorio, seguimiento por Infectología y Traumatología.

### CONCLUSION

Un diagnóstico temprano en pacientes con infecciones musculoesqueléticas es importante para evitar la morbi-mortalidad asociada, la cronicidad del proceso y las secuelas subyacentes. El absceso de Brodie es una patología poco común cuya patogenia se relaciona con la competente respuesta del huésped y un descenso de la virulencia bacteriana sistémica, por lo que la infección aguda puede pasar desapercibida.

## COMPRESIÓN DEL PLAN DE CUIDADO POR PARTE DE PACIENTES INTERNADOS

Iparraquirre A.<sup>1</sup>; Massaccesi M.<sup>2</sup>; Piccirilli M.<sup>3</sup>; Del Cerro D.<sup>4</sup>; Llera J.<sup>5</sup>

HOSPITAL ITALIANO<sup>1,2,3,4,5</sup>

amalia.iparraquirre@hiba.org.ar



### INTRODUCCIÓN

El plan de cuidado (PC) es el documento del conjunto de acciones que se deciden al ingreso y que toma en cuenta las necesidades y valores del paciente y su familia. En nuestro servicio este PC se elabora en las primeras horas del ingreso y está a cargo del médico de planta que atiende al paciente.

La comunicación médico/paciente es de fundamental importancia en la provisión de cuidados efectivos.

Diferentes trabajos han evaluado el grado de comprensión de las indicaciones médicas en diferentes escenarios pero no hay en nuestro medio evaluaciones de la comprensión del plan asistencial al ingreso de la internación.

### OBJETIVO

Evaluación del nivel de comprensión por parte de los padres de la estrategia asistencial decidida al ingreso y documentada en el PC.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluación realizada por el residente superior (tercero y cuarto año) que se encontraba rotando en la sala de internación, entre enero y diciembre de 2015.

Cada residente elegía dos pacientes por semana en forma aleatoria a quienes aplicaba un cuestionario estructurado con el que se interrogaba que entendió de lo comunicado por el médico de planta a cargo, sobre:

- Cuál es el motivo de internación
- Cuál es el plan diagnóstico

- Cuál es el plan terapéutico
- Cuál es el tiempo estimado de internación

Estas respuestas se compararon con las que el médico de planta había escrito en el plan de cuidado y se informaron como concuerda si/no.

Con estos datos se construyeron indicadores de grado de concordancia por médico, por lugar de internación y datos globales del servicio

### RESULTADOS

Se evaluaron 104 PC realizados por 4 médicos

Se observó concordancia (en % e intervalos de confianza), con:

- motivo de internación 96% (95.78 - 96.22)
- plan diagnóstico 93% ( 92.88 - 93.12)
- plan terapéutico 90% (89.43 - 90.57)
- tiempo al alta 82% (81.63 - 82.37)

Se observaron diferencias entre los médicos evaluados, sin significancia estadística

### DISCUSIÓN

Se observó una buena concordancia entre lo que el médico de planta había documentado en el PC y lo que la familia había comprendido.

La mayor diferencia se observó con respecto al tiempo esperable de internación, donde en forma sistemática las familias expresaban expectativas de tiempos de internación menores a lo documentado por los médicos en el PC. Esto permitió tomar este punto particular como desafío específico de mejora.



## CONCEPTO DE PLAN DE CUIDADO. DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN

RPD  
123

*Iparraguirre A.<sup>1</sup>; Massaccesi M.<sup>2</sup>; Piccirilli M.<sup>3</sup>; Del Cerro D.<sup>4</sup>; Frangi F.<sup>5</sup>; Ferraris F.<sup>6</sup>; Barrionuevo L.<sup>7</sup>; Dobenau M.<sup>8</sup>; Arzelan C.<sup>9</sup>; Verna J.<sup>10</sup>; Llera J.<sup>11</sup>*

HOSPITAL ITALIANO<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>

amalia.iparraguirre@hiba.org.ar

### CONCEPTO

El cuidado centrado en el paciente requiere que todas las acciones del equipo de salud estén alineadas y coordinadas con las necesidades y valores de los pacientes y sus familias.

El Plan de Cuidado (PC) es el instrumento que sintetiza todas las acciones a desarrollar. Se confecciona al ingreso a partir de las necesidades del paciente, lista los problemas y sus objetivos de resolución y define cual es el plan de acciones para alcanzar dichos objetivos.

Desarrollo e implementación. Se consensuó en el equipo tratante la confección de un PC por un médico de planta al ingreso, que determinara: problemas, objetivos y plan de acción, tomando como fuente la totalidad de evaluaciones realizadas.

Se desarrolló un sitio particular para el PC en la historia clínica electrónica y se definió que debería actualizarse ante la aparición de cambios en el transcurso de la internación.

### EVALUACIÓN

Desde el mes de enero a diciembre de 2015, se midió el cumplimiento y calidad de confección del PC.

Indicador: número de PC confeccionados/total de ingresos x100

Se observó un cumplimiento promedio de 85% de confección de plan de cuidado y se mantuvo estable en el transcurso del año. Rango: marzo 78%, setiembre 96%.

Un solo sector mostro un margen amplio de cumplimiento, entre 72% (mayo) y 97%(setiembre), dependiendo del número de médicos de planta del lugar.

Se evaluó la calidad del documento, haciendo una búsqueda informático de la presencia de los términos: problemas, objetivos y plan de acción en la totalidad de PC.

### INDICADOR

Cantidad de PC completos/ totalidad de PC x100.

Se observó un promedio de 88% de PC completos .

Este indicador arrojó perfiles individuales (rango 70% a 97%), que permitieron una devolución en la instancia de evaluación del desempeño profesional. Se construyeron perfiles por sectores de internación y medidas generales del servicio.

### CONCLUSIÓN

El plan de cuidado es una herramienta indispensable en la estrategia de cuidados centrados en el paciente. El desarrollo en forma consensuada por parte de los integrantes del equipo asistencial, con el apoyo informático pertinente, permitió la implementación del mismo, su sostenimiento en el tiempo y la posibilidad de evaluar cumplimiento de la confección y completitud del mismo.

## A PROPOSITO DE UN CASO DE INTOXICACION POR MONOXIDO DE CARBONO, UN DIAGNOSTICO SILENCIOSO DE UNA INTOXICACION MORTAL

RPD  
124

*Diaz F.<sup>1</sup>; Lombardo F.<sup>2</sup>; Blanco K.<sup>3</sup>; Ramos L.<sup>4</sup>; Rossitter J.<sup>5</sup>*

HOSPITAL OÑATIVIA<sup>1 2 3 4 5</sup>

fedes\_diaz@hotmail.com

### INTRODUCCION

El monóxido de carbono (CO) es un gas que por sus propiedades pasa desapercibido, siendo una de las principales causas de muerte por intoxicación.

La intoxicación suele estar asociada al uso de artefactos de gas defectuosos o mal instalados, y frecuentemente no es diagnosticado, ni sospechado, debido a que las manifestaciones clínicas son muy variables, comenzando con síntomas neurológicos que pueden evolucionar a cuadros gastrointestinales, debilidad muscular, dolor de pecho, coma y muerte.

Por lo tanto, la sospecha de la intoxicación y la posibilidad de determinar la presencia de carboxihemoglobina (COHb) en sangre, son elementos esenciales para su correcto diagnóstico e inicio precoz del tratamiento.

### OBJETIVOS

Evaluar la forma de calefacción en nuestra población en el periodo Abril 2014 a Abril 2016, a partir de un caso de intoxicación por CO.

### DESCRIPCION DEL CASO

Niña de 10 años de edad, que presenta hipotonía en miembros inferiores; desorientación temporoespacial; vómito; tiraje intercostal; e hiperventilación. La madre refiere encontrarla desvanecida en el baño con respuesta verbal confusa, luego de haberse bañado.

La niña presentaba inapetencia y en la última semana había manifestado cefaleas leves, previamente sana y sin antecedentes patológicos.

El laboratorio de ingreso informa fuera de rango normal: leucocitos

25420 /mm<sup>3</sup> con neutrofilia (65%), Proteína C Reactiva 62.3 y glucemia 180 gr/dl.

La niña recuerda solamente haberse bañado, sentirse mareada y comenzar a secarse.

Al sospechar intoxicación con CO e interrogar a cerca de la calefacción, la misma era provista por un calefón conectado al baño, por lo que se solicita dosaje de COHb, siendo la misma de 26.6 %, confirmando el diagnóstico. Dada la clínica y el resultado de la misma se indica cámara hiperbárica, con lo que la niña finaliza revirtiendo el cuadro, con controles al alta por especialista, sin presentar complicaciones.

### DISCUSION

Nuestra revisión de casos, en el periodo Abril 2014 a Abril 2016, demuestra que un 46% de las viviendas de los pacientes internados, utilizan fuentes potencialmente productoras de CO, principalmente con gas natural.

Teniendo en cuenta la precariedad de las viviendas, es importante sospechar la posibilidad de intoxicación, incluso cuando en el relato no sea evidente.

En caso de intoxicación por CO, es de vital importancia la oxigenoterapia, y de ser necesaria en forma hiperbárica, para prevenir las complicaciones, manteniendo controles con especialista al alta.



## SÍNDROME DE MOYA-MOYA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

Labanca V.<sup>1</sup>; Ajzensztat J.<sup>2</sup>; De Lillo L.<sup>3</sup>; De Lillo G.<sup>4</sup>; Garcia Fretes N.<sup>5</sup>; Mazzeo C.<sup>6</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,5,6</sup>; SANATORIO OTAMENDI<sup>4</sup>

<vanesalabanca@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Moya-Moya (SMM), es un trastorno cerebrovascular oclusivo crónico, caracterizado por la obstrucción progresiva de las arterias del polígono de Willis, cuyo hallazgo angiográfico es una frágil red basal de vasos colaterales denominados "moyamoya". Los pacientes con Síndrome de Down desarrollan SMM con mayor frecuencia que la población general. La asociación de estos síndromes podría deberse a la morfología anormal del lecho capilar y fibrodisplasia primaria de la íntima arterial. Además varias proteínas del cromosoma 21 están asociadas a mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.

### OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de SMM en paciente con Sme. de Down.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 2 años con diagnóstico de Sme. de Down, que consulta por presentar movimientos mioclónicos de hemicara derecha e hipotonía del resto del cuerpo que ceden espontáneamente en pocos minutos. El familiar refiere impotencia funcional del miembro inferior derecho de 1 año de evolución, y del miembro superior derecho hace 4 días. Se encontraba somnolienta, afebril, hemodinamicamente estable, con hipotonía en 4 miembros y paresia facio-braquiocrural derecha. Se interna y la TC de cerebro informa: hipodensidad cortico-subcortical en hemisferio izquierdo (izq) asociado a efecto de masa con leve desviación de la línea media; imagen lineal hiperdensa cortical parietal izq y signos de atrofia.

La RMN mostro extensa lesión en territorio de ACM izq con restricción en difusión vinculada a lesión isquémica en etapa aguda-subaguda que determina efecto de masa. Con contraste ev se observa aumento del número y tamaño de arterias lenticulo-estriadas y talamo-perforantes bilateral a predominio derecho y refuerzo leptomeníngeo a predominio de la convexidad izq. La angioresonancia muestra afinamiento de ambas ACI y ACA con reducción de señal de ACM y ACP y sus ramas. Dichos hallazgos son compatibles con SMM. Se externa con medicación anticonvulsivante y antiagregante; con control ambulatorio por neurocirugía para discusión de plan terapéutico quirúrgico.

### CONCLUSIONES

El SMM puede presentarse con diversos síntomas neurológicos, como alteración del sensorio, convulsiones, déficit motor, cefalea o deterioro cognitivo. Los vasos moya-moya se desarrollan en un lapso de 1 a 2 años, periodo durante el cual puede haber síntomas producto de crisis isquémicas transitorias recurrentes. Por ello se recomienda el estudio con Angio RMN cerebral, ya que dada la naturaleza progresiva y tratable de la enfermedad, se podrían disminuir las secuelas permanentes con un diagnóstico precoz.

## ENFERMEDAD DE POMPE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Cañete M.<sup>1</sup>; Shibukawa C.<sup>2</sup>; Legammare D.<sup>3</sup>; Fernandez Z.<sup>4</sup>; Cueli A.<sup>5</sup>; Specola N.<sup>6</sup>

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

maricagnete@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Pompe es una enfermedad autosómica recesiva de almacenamiento lisosomal, por déficit de la enzima  $\alpha$ -glucosidasa ácida con compromiso cardíaco y muscular. La incidencia es de 1:40.000. Desde el año 2006 fue aprobada la terapia de reemplazo enzimático (TRE) para su tratamiento. Numerosos estudios hacen hincapié en el diagnóstico precoz debido a los beneficios de la TRE muy temprana.

### OBJETIVO

Describir la evolución clínica de una niña con enfermedad de Pompe, diagnosticada dentro del mes de vida, que recibe TRE desde entonces.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 1 año de vida que asiste al Hospital de Día Polivalente a recibir TRE con  $\alpha$ -glucosidasa ácida humana recombinante, desde los 20 días de vida. Presenta como antecedente perinatales: embarazo no controlado, apgar 4/7 que requirió reanimación e intubación en sala de partos. En neonatología presenta cardiomegalia, enzimas cardíacas elevadas y hipertrofia biventricular con obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI), orientando a miocardiopatía hipertrófica. Ante la sospecha de enfermedad de Pompe, se confirma el diagnóstico con medición de la enzima en gotas de sangre seca y biología molecular (c.2608C>T homocigota). Esa mutación da origen a CRIM (cross reacting immunologic material) negativo. Actualmente recibe infusiones de TRE cada 15 días e inmunomodulación, sin complicaciones.

En el seguimiento se ha observado una mejoría de la función cardíaca, no presentando complicaciones respiratorias ni alteraciones en la deglución. La niña presenta hipotonía generalizada moderada, leve macroglosia y presenta un retraso de pautas motoras: logra sostén cefálico y sedestación con inestabilidad, prensión cubito-palmar y balbuceo diferenciado.

### CONCLUSIÓN

El fenotipo de la enfermedad de Pompe es heterogéneo, existen la forma infantil, con síntomas precoces y afectación cardíaca; y formas tardías con compromiso muscular puro. La TRE es beneficiosa en ambos casos. Nuestro paciente presenta como factor de mal pronóstico el CRIM negativo. No presento complicaciones durante la TRE y solo cuadros respiratorios leves, con mejoría objetivable de la función cardíaca y motora.

Es importante recalcar la importancia del diagnóstico precoz, varios trabajos demuestran los beneficios de instaurar la TRE antes de los 10 días de vida, con mejorías en el aspecto cardíaco y desarrollo psicomotor. La inmunomodulación es la única opción para asegurar la eficiencia de la TRE en pacientes CRIM negativos.



## HOSPITAL DE DÍA POLIVALENTE. LOS PRIMEROS 9 AÑOS. NUEVA MODALIDAD DE ATENCIÓN EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. INTERNACIÓN ABREVIADA EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES CON PATOLOGÍAS COMPLEJAS

PO  
129

Nakab A.<sup>1</sup>; D Errico C.<sup>2</sup>; Dilalla S.<sup>3</sup>; Gomez Sosa J.<sup>4</sup>; Piazza C.<sup>5</sup>; Zaslavsky V.<sup>6</sup>

HOSPITAL ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
ansilnak@yahoo.com.ar

### INTRODUCCIÓN

Hay situaciones en la práctica médica cotidiana que necesitan de la utilización de estrategias clínicas y varios estudios complementarios para llegar a un diagnóstico correcto, y de esta manera instaurar la terapéutica adecuada. Esto obliga al paciente y su familia a destinar gran parte de su tiempo a recorrer hospitales. La posibilidad de implementar la modalidad de Hospital de Día (HDD) en la estructura clásica institucional, permite reducir los periodos de espera, disminuir costos y mejorar la eficacia del trabajo profesional, beneficiando tanto al paciente y su familia, como al equipo de salud, teniendo en cuenta la atención humanizada, base de este proyecto.

### OBJETIVOS

Describir la casuística del trabajo realizado en HDD desde su creación en 2007 hasta la actualidad 2016, denominando sesiones a cada ingreso en HDD.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión retrospectiva, cuantitativa, descriptiva de pacientes atendidos durante 9 años. que requirieron internación en HDD en el período comprendido entre 01/10/07 y 30/5/16. Se analizaron las historias clínicas de internación. Se utilizó una planilla de recolección de datos, cuyas variables fueron fecha/sexo/procedencia/motivo de internación//diagnóstico egreso/especialidad referente. Procesamiento de datos Microsoft Excel.

### RESULTADOS

Desde octubre de 2007 a mayo 2016 se realizaron 16344 sesiones con la siguiente distribución por año:

2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
80	1179	1456	1706	2042	2232	2455	2221	2159	814

Las distribución en porcentaje, según la Especialidad que deriva al paciente:

Reumatología	Inmunología	Endocrinología	Clínica	Imágenes	Hemodinamia	Alergia
27.94	14.7	7.84	7.35	6.86	7.35	6.37

ORL	Dermatología	Nefrología	Gastroenterología	Neumonología	Oftalmología	Odontología
5.39	3.43	2.94	3.43	3.43	1.47	1.47

Distribución por sexo: 50,98% varones. 49,01% mujeres.

Distribución por edad 61,27% de 0 a 10 años. 34,72% de 11 a 19 años

### CONCLUSIÓN

Durante 9 años de trabajo, se efectuó la atención de pacientes con patologías en su mayoría crónicas y con terapéuticas complejas que pueden realizar sus estudios y tratamiento en un ambiente de gran hospitalidad y regresando a su hogar, lo que consideramos redundante en beneficio para su salud física, emocional y social. Fueron beneficiados 16344 familias con esta modalidad que permite mejorar la calidad de vida sin necesidad de internaciones innecesarias.

## PLEJÍA AGUDA DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO

RPD  
130

Buscio M.<sup>1</sup>; Galvagno M.<sup>2</sup>; Donato M.<sup>3</sup>; Ciavatta J.<sup>4</sup>; Ceballos V.<sup>5</sup>; Arpi L.<sup>6</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
marielabuscio@gmail.com

Paciente de 3 meses, primer hijo, RNT/PAEG, embarazo controlado, serologías negativas. Parto vaginal, Apgar 6/8, parto forcpal. Desarrollo acorde a edad. Vacunas completas (Sabín un mes atrás).

El 26/04 consulta por paresia de miembro superior derecho de 3 días de evolución. Al interrogatorio la madre refiere que hace 72 hs. lo notó irritable, posteriormente nota falta de movilidad. La madre niega traumatismo previo. Muestra filmación de una semana previa con movilidad normal. Al examen físico paciente en buen estado general, afebril, vigil, reactivo, pares craneales normales, pupilas isocóricas y reactivas. Fuerza conservada en miembros inferiores y miembro superior izquierdo. Reflejos osteotendinosos en miembros inferiores conservados. Miembro superior derecho pléjico con reflejos ausentes.

- Tc de cerebro: normal.
- RM de cuello: Discreta disminución del volumen de grupos musculares de hemicintura escapular derecha, con aparente ptosis del hombro homolateral. No se observan lesiones radiculares, en agujeros de conjunción, ni intramedulares en la región estudiada.
- RMN de cerebro: normal.

RMN de médula: No se observan alteraciones óseas. No se reconocen imágenes de discopatías ni alteraciones en los diámetros del canal espinal. Dudosa imagen centromedular ligeramente lateralizada a derecha con señal tenuemente hiperintensa en T2 y STIR entre D11-D12 sin refuerzo post-contraste EV. La inyección del contraste endovenoso no refuerza estructuras patológicas

- EMG con VC neuroconduccion sensitiva de MS derecho (mediano y cubital): indemnidad de tronco de nervio en MS izquierdo. Indemnidad sensitiva en MS derecho. Compromiso neurógeno en MS derecho con severo compromiso de nervios proximales e inexcitabilidad eléctrica distal. Este patrón eléctrico muestra lesión global de plexo braquial derecho. Grado de compromiso severo. La normalidad sensitiva referida ubica la topografía lesional a nivel proximal segmentario mielorradicular.

Aspecto inmunológico: Se realiza proteinograma, poblaciones linfocitarias ampliadas y dosaje de inmunoglobulinas con valores normales. HIV negativo.

Aspecto infectológico:

Estudio de materia fecal para enterovirus: negativo.

LCR: límpido, incoloro, elementos 7, proteinorraquia 38, glucorraquia 46.

Cultivo: negativo.

Enterovirus: negativos

Herpes: negativo.

Serología para Arbovirus 09/05 Htal Gutierrez: pendiente.

ANF: Rinovirus.

El niño fue dado de alta sin diagnóstico etiológico. Dos meses después persiste con plejía de MSD.





## ASPERGILOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO ONCOLÓGICO: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

RPD  
131

Burgos M.<sup>1</sup>; Conde F.<sup>2</sup>; Romero J.<sup>3</sup>; Spilotti M.<sup>4</sup>; Ponce Giraldez M.<sup>5</sup>; Zea Ricardo C.<sup>6</sup>; Gomez S.<sup>7</sup>;  
Tolosa G.<sup>8</sup>; Lorusso A.<sup>9</sup>  
HTAL. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>  
marieburgos@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones por *Aspergillus* spp. constituyen una causa frecuente de morbimortalidad en pacientes inmunosuprimidos.

### OBJETIVO

Describir diferentes formas de presentación de infección cutánea por *Aspergillus* spp. en pacientes pediátricos con cáncer, diagnóstico y tratamiento y su repercusión sistémica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se describen tres casos clínicos de infección cutánea por *aspergillus* de diferentes características, con búsqueda de focos profundos positiva.

**Caso 1:** Niña de 6 años de edad con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda con recaída hematológica. Durante el episodio de neutropenia febril presenta lesión en eminencia tenar de mano derecha secundaria a cuerpo extraño.

**Caso 2:** Niña de 2 años de edad con diagnóstico de Leucemia Megacariocítica Aguda post quimioterapia con recaída de fiebre intraneutropenia, presenta lesión cutánea nodular en muslo derecho con halo eritematoso y centro violáceo.

**Caso 3:** Varón de 14 años de edad con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda en recaída hematológica. Presentó diabetes 2ra. a corticoides y enteritis neutropénica sin rescate bacteriológico. En el curso de neutropenia febril prolongada presenta colección en cara interna de muslo izquierdo.

### CONCLUSIONES

La aspergilosis cutánea puede resultar indistinguible de otras infecciones comunes, debe sospecharse en pacientes oncológicos en el curso de neutropenia febril prolongada para su diagnóstico y tratamiento precoz. Es fundamental realizar biopsia del foco. La confirmación diagnóstica se realiza por cultivo y anatomía patológica. Su tratamiento consiste en el drenaje quirúrgico y medicación antifúngica con voriconazol ante aspergilosis comprobada. Es fundamental la búsqueda de focos profundos ya que constituye una infección potencialmente grave debido a la angio-invasión característica del *Aspergillus* spp.

## COMPRESIÓN MEDULAR AGUDA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA). A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
132

Geffner S.<sup>1</sup>; Oliva V.<sup>2</sup>; Rios S.<sup>3</sup>; Pastori L.<sup>4</sup>  
HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>  
sofigeffner@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La leucemia es el tumor maligno más frecuente en la infancia. Se presenta habitualmente con síntomas hematológicos. En ocasiones puede manifestarse a través de cúmulos de células neoplásicas que forman masas, denominadas cloromas. Estos pueden, en menos del 1% de los casos, comprometer la médula espinal, presentándose bajo la forma de síndrome de compresión medular aguda.

### OBJETIVO

Reportar un caso de síndrome de compresión medular agudo secundario a cloroma, como forma infrecuente de presentación de Leucemia mieloide aguda.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años, consulta por dolor lumbar, fiebre e impotencia funcional de miembros inferiores. Al examen neurológico se constatan reflejos osteotendinosos y cutaneoabdominales presentes, motilidad y sensibilidad conservadas en cuatro miembros y adecuado control de esfínteres. Se realizan radiografía de columna lumbo sacra y ecografía de caderas informadas como normales. Por sospecha de discitis se decide internación para tratamiento antibiótico endovenoso.

Laboratorio de ingreso: 13990 glóbulos blancos/mm<sup>3</sup> (53% neutrofilos, 17% linfocitos, 30% monocitos), hemoglobina 9.7 mg/dl, 141000 plaquetas/mm<sup>3</sup>.

Evoluciona con deterioro progresivo en 48 horas, presentando pérdida de control de esfínteres, paresia y arreflexia de miembros inferiores. Se realiza resonancia nuclear magnética que informa lesión expansiva desde D4 a D8 que comprime y desplaza la médula espinal. Tras evidenciar 59% de blastos en frotis de sangre periférica, se realiza punción aspiración de médula ósea que informa blastos de estirpe mieloide.

Con dichos resultados se confirma el diagnóstico de LMA con compresión medular aguda secundaria a cloroma espinal, por lo que se inicia tratamiento con corticoides, radioterapia local y quimioterapia (bloque AIE). El paciente no presentó mejoría neurológica, con la instauración de la terapéutica. Actualmente el paciente persiste sin control de esfínteres y con paraplejía espástica.

### CONCLUSIÓN

Si bien el síndrome de compresión medular agudo de etiología leucémica es poco frecuente, es un diagnóstico diferencial que se debe considerar al momento de la evaluación del paciente, ya que el retraso en el diagnóstico y tratamiento puede conducir a una pérdida neurológica de carácter irreversible.



RPD  
133

## UNA PATOLOGÍA DE RARA APARICIÓN EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS DE ABSCESO RENAL

Artin M.<sup>1</sup>; Velazco V.<sup>2</sup>

HOSPITAL PEDIATRICO "AVELINO L. CASTELAN"<sup>1,2</sup>  
margaritartin@hotmail.com

### INTRODUCCION

El absceso renal por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR), es de infrecuente aparición en Pediatría, por lo que para arribar a su correcto diagnóstico se debe realizar un minucioso estudio.

### OBJETIVOS

- Presentar patología de rara aparición en niños.
- Conocer presentación clínica, exámenes complementarios y manejo instaurado.

Caso n°1:

Niño 9 años de edad con: hipertermia, dolor abdominal tipo cólico y Puñopercusión: (+). Laboratorio: Hemograma: Glóbulos Blancos: 16.540 (Cayados: 2, Segmentado: 80, Monocitos: 4, Linfocitos: 14), PCR: 211, eritrosedimentación: 130 mm/primer hora. Hemocultivo X 2 (-); urocultivo: (-); cultivos de absceso renal bilateral: + a SAMR. Ecografía renal: izquierdo: tercio inferior imagen hipoecoica de 33x30mm. Derecho: en tercio medio imagen hipoecoica de 43 x 30 mm. TAC abdomen: nefromegalia bilateral, heterogénea por la presencia de lesiones hipodensas en riñón izquierdo (37 mm x 28 mm) y en riñón derecho (33 mm x 30 mm). Manejo: Antibiótico (vía endovenosa): clindamicina + drenaje percutáneo bilateral bajo guía ecográfica (por 5 días).

Desenlace: se observó mejoría clínica e imagenológica a las 4 semanas. Caso n° 2:

Niño 6 años de edad con hipertermia, puñopercusión (+) Laboratorio: Hemograma: Glóbulos Blancos: 11.330 (Cayados: 1, Segmentados: 73, Eosinofilos: 2, Monocitos: 6, Linfocitos: 18), PCR: 176, eritrosedimentación: 117. Hemocultivo X 2 (-); cultivo absceso renal izquierdo: + a SAMR

Ecografía renal derecho: sin particularidades. Izquierdo: en tercio inferior imagen nodular de 31x 30 mm.

TAC de abdomen: riñón izquierdo lesión redondeada, hipodensa, en polo inferior.

Manejo: Antibiótico (vía endovenosa), clindamicina + drenaje percutáneo bilateral bajo guía ecográfica.

Desenlace: evolución clínica favorable con disminución ecográfica del absceso, a las 4 semanas.

### CONCLUSIÓN

El tratamiento combinado antibióticoterapia-quirúrgico, resultó ser altamente efectivo para tratar el absceso renal en niños. La correcta evaluación de pacientes permitió llegar a un tratamiento eficaz, sin importar la infrecuencia de ésta patología.

## EXPERIENCIA DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

Verna H.<sup>1</sup>; Frangi F.<sup>2</sup>; Ferraris F.<sup>3</sup>; Arzelan C.<sup>4</sup>; Iparraquirre A.<sup>5</sup>; Dobenau M.<sup>6</sup>; Barrionuevo M.<sup>7</sup>; Llera J.<sup>8</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
hugo.verna@hospitalitaliano.org.ar

RPD  
134

### INTRODUCCIÓN

Internación domiciliaria (ID) es un proceso de atención de pacientes y educación familiar para la continuidad del cuidado en el domicilio.

### OBJETIVO

Presentar un programa de ID en un hospital de alta complejidad desde el año 2003 hasta el 2016.

### MATERIALES Y MÉTODOS

La recolección de los datos de historia clínica electrónica de ID fue retrospectiva. Se categorizó según complejidad: 1: Pacientes agudos estables (menos de 6 meses de estadía) que se mantienen internados por dependencia de servicios complementarios o dispositivos especiales. 2: pacientes que requieren dispositivos de soporte vital avanzado. 3: Pacientes que requieren cuidados terminales. C: Cuidados de sostén crónicos.

### RESULTADOS

Se internaron 89 pacientes, 53% fueron mujeres con un promedio de ingresos anuales bi-modal de 3 pacientes hasta el año 2012 y de 12,5 pacientes hasta la actualidad. De estos pacientes ingresaron desde sala de internación 71 (80%) y 18 pacientes (20%) desde ambulatorio. Según categoría (Cat.) de complejidad: Cat. 1: 24 pacientes (27%), 17 se les dio de alta (70%) y 1 falleció (4%). Cat. 2: 5 pacientes (5.6%), 2 pacientes fallecieron (40%). En la Cat. 3: 2 pacientes (2.25%) que fallecieron y en la Cat. C: 58 pacientes (65%), 12 fueron dados de alta (20%) y 2 fallecieron (3.4%). De 89 pacientes, 29 fueron dados de alta, 59% fueron agudos, 7% se otorgó en el hospital y 93 % en el domicilio con un promedio de

estadía de 371 días. La mortalidad fue 8%, 57% varones. Dos eran Cat. 3 y fallecieron en el domicilio (estadía promedio 723 días), 2 Cat. 1 que fallecieron en el hospital (68 días promedio) y 3 Cat. C fallecieron en el hospital (471 días promedio). Se registraron 265 reinternaciones (56 pacientes), 15% fue antes de los 15 días al ingreso a ID (25 pacientes). De 89 pacientes 53% requirieron enfermería, 24 hs: 60%, 12 hs: 40%. El uso de terapias complementaria fue de 87%, Respiratoria: 78%, Motora: 73%, Terapia Ocupacional: 12%, Estimulación Temprana: 29%, Fonodeglución: 21% y acompañantes terapéutico: 1%.

### CONCLUSIÓN

ID es un servicio necesario en hospitales de alta complejidad para externaciones de pacientes complejos observándose en los últimos años un incremento de ID que facilitó el manejo de pacientes crónicos y terminales en el domicilio. Esta nueva modalidad de atención médica conlleva que dichas familias requieran un alto uso de enfermería como de terapias complementarias, logrando altas desde el domicilio con un promedio de estadía de 371 días.



## RELATO DE UN EQUIPO DE RESIDENTES EN EL CUIDADO DE FIN DE VIDA DE UN PACIENTE PEDIÁTRICO

PO  
135

Urtasun M.<sup>1</sup>; Fantin L.<sup>2</sup>; Elencwajg M.<sup>3</sup>; Rodríguez G.<sup>4</sup>; Ibarra M.<sup>5</sup>

HOSPITAL ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5</sup>

<m\_urtasun@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La muerte de un chico es un evento irreversible que pone de manifiesto la pérdida prematura del potencial humano. El cuidado de fin de vida, la interacción con su familia y el momento mismo de la muerte son experiencias emocionales intensas para el equipo de salud. La evidencia actual muestra que los profesionales de la salud no se sienten preparados para manejar estas situaciones.

### OBJETIVOS

Describir la experiencia de un grupo de residentes con un paciente en cuidados de fin de vida en una sala de internación.

### POBLACIÓN A LA QUE ESTÁ DESTINADO

Pediatras en formación y a la comunidad hospitalaria.

Actividades o desarrollo de la experiencia: El primer momento y quizás el más importante a la hora de abordar a un paciente en el cuidado de fin de vida, es reconocer y aceptar que transita los últimos momentos. Nuestro paciente tenía 14 años de edad y diagnóstico de HIV-SIDA. Como antecedentes personales presenta múltiples internaciones previas por infecciones y una regular adherencia al tratamiento antirretroviral. Al mes de internación comienza con un deterioro neurológico progresivo a consecuencia de su enfermedad de base. A lo largo de los días y sobre todo en nuestras guardias, vimos cómo dejó de alimentarse por sus propios medios, cómo dejó de pararse y lo escuchamos decir “ya no quiero seguir

más”. Día a día en los pasajes de sala se iban planteando sus desmejoras y se pensaban distintas estrategias para continuar su tratamiento. No se pensaba en la posibilidad que sólo tengamos que acompañarlo, con todo lo que eso implica. Estaba agotado y lo dejó en claro. Esa claridad que él manejaba, no la tenía el equipo de salud. Intervino el servicio de cuidados paliativos de nuestro hospital y trabajamos todos juntos para mejorar la calidad de vida de Rodrigo hasta su muerte.

### RESULTADOS Y EVALUACIÓN

La experiencia en cuestión resultó muy enriquecedora pero tuvo un alto costo emocional. Todos los residentes coincidieron en que la preparación de grado y posgrado para estas situaciones les resultó insuficiente. Pero al poner de manifiesto estas carencias la experiencia permitió al grupo buscar y aprender herramientas que no se tenían antes. Los autores piensan que la muerte y los cuidados de fin de vida de un niño ponen en jaque el paradigma actual de enseñanza y ejercicio de la medicina.

## ERITEMA NODOSO EN UN PACIENTE CON LEPROMATOSA

RPD  
136

De Simone M.<sup>1</sup>; Ledezma F.<sup>2</sup>; Siraly D.<sup>3</sup>; Rizzo M.<sup>4</sup>; Pinto N.<sup>5</sup>; Lavazza L.<sup>6</sup>; Tiscornia J.<sup>7</sup>

HOSPITAL RAMOS MEJIA<sup>1,3,4,5,6,7</sup>; HOSPITAL RICARDO GUTIÉRREZ<sup>2</sup>

Mariaceciliadesimone@gmail.com

### OBJETIVO

Se presenta el caso de un adolescente con Eritema Nodoso secundario a Lepra Lepromatosa con el objetivo de describir esta forma de presentación.

### CASO CLINICO

Paciente de 14 años de edad, oriundo de Paraguay, sin antecedentes personales de relevancia. Consulta en otro hospital en marzo 2015 por lesiones nodulares, eritematosas, dolorosas en ambos muslos, asociado a artralgias. Se valora lesiones nodulares compatibles con Eritema Nodoso (EN). Es internado y recibe pulsos con corticoides, con sospecha de EN secundario a LES. Por escasa mejoría es derivado a servicio de dermatología de nuestro hospital luego de obtener BAAR en muestra de biopsia de lesiones nodulares. En dicho servicio valoran al paciente con síndrome febril de una semana de evolución, astenia, empeoramiento de las lesiones antes descritas y leucocitosis, deciden su internación con sospecha de reacción tipo II (EN) secundario a Lepra Lepromatosa. Se constata al examen físico disminución de fuerza en ambas manos a predominio izquierdo y engrosamiento del nervio cubital izquierdo; sin déficit sensitivo. Se realizan múltiples biopsias obteniendo basiloscopia positiva para mycobacterium leprae llegando al diagnóstico de Lepra lepromatosa multibacilar. Se comienza tratamiento esquema OMS multibacilar, asociado a talidomida por el EN. A los 10 días presenta coagulograma alterado y dímero D aumentado. Por presentar anticoagulante lúpico positivo, asociado a tratamiento con talidomida y dímero D aumento, servicio de hematología considera alto riesgo trombótico y comienza tratamiento con HBPM.

Presenta mejoría clínica de las lesiones, con registros febriles aislados que se interpretan como episodios reaccionales tipo 2 de la enfermedad. Se indica el egreso hospitalario continuando tratamiento y seguimiento ambulatorio. Presenta recaídas del EN sin requerir nuevas internaciones. La lepra es una enfermedad infecciosa, con clínica variable, de curso crónico, curable, causada por Mycobacterium leprae. Afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, los ojos y la mucosa de las vías respiratorias superiores. Puede clasificarse en paucibacilar o multibacilar. El período de incubación varía entre 9 meses y 20 años. Los episodios reaccionales son episodios inflamatorios agudos de origen inmuno-alérgico que interrumpen el curso crónico e insidiosos de la lepra. Pueden producirse antes, durante o después del tratamiento. Los episodios reaccionales tipo 2 son reacciones de hipersensibilidad humoral-celular presentes en las formas multibacilar. Dentro de ellas se encuentra el EN.

### CONCLUSIONES

El EN en la edad pediátrica supone diversos diagnósticos diferenciales, siendo la lepra lepromatosa una de estas causas. El diagnóstico y tratamiento precoz previene las discapacidades que podrían presentarse en el curso de la enfermedad. Sin embargo a pesar del tratamiento eficaz, los nuevos casos que se producen en los niños permanecen sin cambios desde 2010, lo que refleja una falla en la detección temprana de la lepra e indica que la transmisión continúa. Por lo dicho anteriormente es importante pensar en esta enfermedad frente a un paciente con EN.



## COMPROMISO RENAL SEVERO EN PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
138

Murad P.<sup>1</sup>; Riveros S.<sup>2</sup>; Pareja Y.<sup>3</sup>; Rufino F.<sup>4</sup>; Castilla E.<sup>5</sup>; Lampugnani A.<sup>6</sup>

HOSPITAL RAWSON<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
pamelaiivonne17@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La Púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en pediatría; con afectación de pequeños vasos. El compromiso renal es la principal causa de morbimortalidad. La nefritis puede manifestarse como: Hematuria microscópica, transitoria o persistente; Hematuria macroscópica, inicial o recurrente; Proteinuria de grado variable; Síndrome nefrítico; Síndrome nefrítico y nefrótico; siendo las dos últimas las más severas y menos comunes.

### OBJETIVO

Descripción de una patología común, con su presentación menos frecuente.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 10 años, con antecedente de obesidad y síndrome metabólico; sin antecedentes familiares. Consulta por diarrea no invasiva y vómitos de 48 horas, afebril, con púrpura no palpable en miembros y tórax, asumiéndose como PSH. Progresan tales lesiones a región facial; con ulceraciones y, hematuria con proteinuria en rango nefrótico e hipertensión arterial. Se indica Meprednisona 40 mg/día por 5 días y Amlodipina. Presenta mala evolución de la función renal, persistencia de la hipertensión, hematuria macroscópica y aumento de proteinuria; se sospecha Lupus Eritematoso Sistémico; se solicita serología inmunológica (FAN, Anti DNA, C3, C4, ENAs) e infectológica (HIV, Chagas, Toxoplasmosis, Virus Hepatitis B y C); ambas negativas. Se solicita biopsia renal y de piel; comenzando con

pulsos de metilprednisolona e insulino terapia por hiperglucemias. Se recibe microscopía de biopsia renal: "Glomerulonefritis membranoproliferativa con glomerulitis focal y leucocitoclasia", con inmunofluorescencia que demuestra "depósitos de IgG, IgA y C3 en membranasangio, con IgM negativo". En biopsia de piel "hallazgos compatibles con vasculitis leucocitoclástica". Posteriormente, la paciente mejora función renal y proteinuria con disminución de las lesiones dérmicas, aunque sin remisión completa del cuadro; por lo que se otorga egreso hospitalario.

### DISCUSIÓN

El compromiso renal en PSH se destaca en la presentación y evolución clínica de la paciente, debiendo considerar siempre la posibilidad de esta complicación y la importancia de la biopsia renal en la definición del pronóstico y tratamiento de la misma.

## OBESIDAD PREVALECE ENTRE LAS PATOLOGÍAS AMBULATORIAS EN ADOLESCENCIA: NUESTRA EXPERIENCIA

PO  
139

Murad P.<sup>1</sup>; Gualpa D.<sup>2</sup>; Sosa É.<sup>3</sup>

HOSPITAL RAWSON<sup>1 2 3</sup>  
pamelaiivonne17@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La adolescencia se define por la OMS como: período de la vida entre los 10 y 19 años en el que el individuo transita desde patrones psicológicos de la niñez a los del adulto, adquiriendo su capacidad reproductiva e independencia. Establece que: uno de cada seis habitantes del mundo es adolescente y plantea problemáticas: embarazos precoces, violencia, consumo de alcohol y drogas, entre otros.

### OBJETIVO

Establecer la prevalencia de patologías ambulatorias más comunes en consultorio de adolescencia.

### MATERIALES y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, transversal, en 692 adolescentes de 10 a 19 años con diagnósticos concordantes con CIE 10 entre marzo 2015 y marzo 2016, mediante recopilación de historias clínicas electrónicas.

### RESULTADOS

62% del total de adolescentes corresponden a mujeres y 38% a varones. Distribución de patologías por meses: en marzo de 2015 prevalece obesidad (21.95%) a predominio de sexo femenino (8 a 1). Tal tendencia se mantiene en abril de 2015 (17.5%) preponderando en mujeres (10 a 4). En mayo 2015 domina la patología respiratoria (faringitis) (35.3%) superando el sexo masculino (8 a 5). En junio, julio

y agosto de 2015 se destaca control de salud de rutina (24.39%, 30.76% y 19.73% respectivamente), y en septiembre de 2015, faringitis (25.8%) con dominancia femenina (12 a 11). En octubre, controles de salud (27.5%) mayormente en mujeres y en noviembre, se valora aumento de prevalencia de obesidad (22.72%), manteniéndose dicha situación para diciembre 2015, enero-febrero y marzo de 2016 (13.63%, 31.42%, 20.96% y 10% respectivamente).

### DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la población analizada, en el limitado lapso de tiempo evaluado, muestran a la obesidad como patología prevalente en dicho período, no pudiendo extrapolarse tales resultados a la totalidad de la situación actual de adolescentes en la provincia de San Juan, considerando la existencia de diversas problemáticas, ya proclamadas por la OMS.





## SÍFILIS CONGÉNITA TEMPRANA: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Bosch P.<sup>1</sup>; Roggeri L.<sup>2</sup>; Arocha S.<sup>3</sup>; Mollo F.<sup>4</sup>; Fernandez Ceccarelli N.<sup>5</sup>;  
Melzi S.<sup>6</sup>; Morales L.<sup>7</sup>; Pons A.<sup>8</sup>; Astbury M.<sup>9</sup>*  
HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
<lbosch\_paula@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La sífilis congénita (SC) resulta de la infección causada por el *Treponema pallidum*, adquirida vía transplacentaria y más raramente en el momento del parto. La SC es una condición grave, incapacitante, potencialmente mortal para el bebé, pudiendo expresarse con diversas manifestaciones según su severidad. Se clasifica en temprana y tardía dependiendo de la aparición de los hallazgos clínicos antes o después de los dos años de vida, respectivamente.

### OBJETIVOS

Compartir nuestra experiencia respecto al abordaje diagnóstico de la patología.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de quince meses, eutrófico, incompletamente inmunizado, con antecedentes personales de prematuridad, internación en neonatología por síndrome de distress respiratorio y sospecha de sepsis congénita no documentada, bronquiolitis, tuberculosis inadecuadamente tratada. Antecedentes familiares de tuberculosis y enfermedad de Chagas. Consulta por cuadro de diarrea, vómitos y decaimiento. A su ingreso se lo evalúa deshidratado grave, y con dificultad respiratoria moderada asumiendo el cuadro como diarrea aguda y bronquitis obstructiva recurrente. Se realiza hidratación endovenosa y medidas de apoyo respiratorio. Resulta relevante al examen físico la presencia de máculas hiperpigmentadas en

tronco a predominio del dorso de hasta medio centímetro de diámetro y descamación en palmas y plantas. Se interconsulta a servicio de dermatología que con diagnóstico presuntivo de dermatitis cenicienta, entre los estudios complementarios sugiere realizar VDRL la cual se recibe positiva. Se continúa algoritmo diagnóstico según normativas nacionales, obteniéndose FTAabs reactiva. Se recibe estudio serológico de la madre positivo, concluyéndose en el diagnóstico de sífilis congénita temprana. Se comienza tratamiento de ambos con penicilina a dosis habituales, obteniendo remisión de las lesiones. Durante la internación se considera oportuno retomar estudios por antecedente de tuberculosis. Con mejoría clínica se otorga alta hospitalaria en seguimiento con pediatra de cabecera, infectología y neumonología.

### CONCLUSIÓN

La SC es un problema de salud pública, a pesar de ser una enfermedad prevenible mediante el tratamiento adecuado de la mujer embarazada, continúa siendo una patología altamente prevalente en nuestro medio. Es responsabilidad del pediatra trabajar en conjunto con ginecólogos, y obstetras para realizar una adecuada historia clínica perinatal y constatar la realización oportuna de las serologías maternas, incluyendo el puerperio.

## EVALUACIÓN CLÍNICO - NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS CEREBRAL (PC) INTERNADOS EN EL HOSPITAL DR. NOEL H. SBARRA

*Llarena A.<sup>1</sup>; Fernandez Cordero M.<sup>2</sup>; Luna C.<sup>3</sup>; Barrales M.<sup>4</sup>; Casas M.<sup>5</sup>;  
Berridi H.<sup>6</sup>; Alves L.<sup>7</sup>; Laranjeira J.<sup>8</sup>; Gomez F.<sup>9</sup>*  
HOSPITAL DR. NOEL H. SBARRA<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
agostinallarena@yahoo.com.ar



La PC es la discapacidad física más frecuente en pediatría. Es un grupo de alteraciones del movimiento y la postura, no progresivas que ocurren en el cerebro en desarrollo. La lesión es permanente, pero la clínica es variable en su evolución.

Se utilizó el Sistema de Clasificación Funcional Motora Gruesa (GMFCS) desarrollado por Palisano et al; que clasifica en cinco niveles funcionales según grado de compromiso motor y asistencia para la movilidad.

La malnutrición es un problema principal en los niños con PC, mayoritariamente desnutrición crónica y baja talla. Se asocian comorbilidades: deglutorias, gastrointestinales, respiratorias, otras.

### OBJETIVO

Determinar el estado nutricional y las comorbilidades de los niños con PC según el GMFCS, en el Hospital Sbarra Junio de 2014.

Estudio descriptivo. Se evaluó el estado nutricional (índice peso/talla y pliegues cutáneos) de 28 pacientes entre 0 y 9 años con diagnóstico de PC. La antropometría en los estadios GMFCS IV y V se realizaron en curvas específicas para PC de Krick. Para los demás parámetros se usaron las curvas estándares.

### RESULTADOS

El 79% corresponden a estadios IV-V. Respecto a las comorbilidades el 89% presentó alteraciones deglutorias. El resto de las asociaciones fueron: Epilepsia (68%) y Constipación (71%), otras.

En cuanto a la valoración nutricional, según la relación peso/talla en las curvas adaptadas para PC, no se encontraron pacientes desnutridos. En contraposición se encontró un 27% de desnutridos utilizándose el pliegue tricótipal. Se halló un 55% de sobrepeso en las curvas de peso/talla de Krick y sólo 23% en las curvas de pliegue tricótipal. El 18% de los pacientes presentaron baja talla según las curvas específicas para PC. La totalidad de los pacientes con alimentación asistida (SNG 40% y Gastrostomía 60%) presentaron sobrepeso.

### CONCLUSIONES

Realizar la evaluación nutricional con curvas específicas para PC puede ser una forma de unificar criterios. Las curvas P/T se utilizan para la evaluación de la desnutrición aguda, no siendo la mayor problemática de nuestra población. La utilización de pliegues podría ser más fidedigna en este grupo. El total de los pacientes con sobrepeso se encontraban con SNG o Gastrostomía por lo que se podría inferir que el aporte calórico fue sobreestimado. Esperamos que este trabajo sea un punto de partida para mejorar la valoración nutricional de estos niños.



## HÍGADO DE SEPSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Francile J.<sup>1</sup>; Raiden S.<sup>2</sup>; Morales I.<sup>3</sup>

HTAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3</sup>

ji.francile@gmail.com

RPD  
144

### INTRODUCCIÓN

La repercusión hepática de un foco a distancia por vía hemática o un foco infeccioso por contigüidad es poco frecuentes en pediatría. Están descritos en adultos jóvenes, principalmente varones, secundarios a colecistitis aguda, apendicitis aguda y diveticulitis. La demora en el diagnóstico y eliminación del foco infeccioso conlleva una gran morbimortalidad.

### OBJETIVO

Describir a un paciente de 17 años que presentó hígado de sepsis secundario a un foco abdominal.

### PRESENTACIÓN

Varón de 17 años previamente sano, comienza con fiebre, vómitos, diarrea, dolor abdominal en flanco derecho y ictericia de 7 días de evolución, agrega ictericia en las últimas 24 hs. Laboratorio de ingreso: bilirrubina total: 14.08 mg/dl, bilirrubina directa: 10.3 mg/dl, GOT 104 mg/dl, GPT 78 mg/dl. Hematuria, resto normal. Ecografía abdominal informa: hígado heterogéneo y vesícula con paredes engrosadas de 10 mm. Ingres a sala medicado con cefotaxime. Persiste febril al quinto día, se rota a piperacilina-tazobactam. Se solicitan serologías virales, marcadores autoinmunes y serología de leptospirosis por medio epidemiológico que resultaron negativos. Con evolución tórpida y ecografías sin cambios, se realiza tomografía donde se observa área heterogénea de límites difusos en el segmento III que refuerza con contraste endovenoso; y falta de flujo en la vena porta izquierda. Ingres a

quirófano tomando muestra de tumoraciones duroelásticas compatibles con abscesos en segmentos II, III y VIII. Se agrega clindamicina y comienza con anticoagulación por trombosis en vena porta izquierda. Se obtiene Escherichia Coli en líquido peritoneal. A los 8 días de la cirugía presenta shock hipovolémico, reingresa a quirófano donde no constatan sitio de sangrado activo, observando a su vez, al epiplón mayor adherido y bloqueando al ciego. Permanece 1 día en Terapia, se amplía el esquema antibiótico a meropenem y vancomicina. Presenta un episodio de cólico renal con ecografía que informa dilatación pielocalicial de 21 mm que revierte sin requerir tratamiento. Egres a los 26 días de internación con controles por nefrología, hematología e infectología.

### CONCLUSIÓN

Si bien la ecografía es el "gold standard" para la visualización del hígado, en pacientes sépticos con fuerte sospecha de foco abdominal, se debe realizar tomografía con contraste endovenoso para diagnóstico de abscesos, en este caso, abscesos hepáticos.

## INTOXICACIÓN PLÚMBICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Lombardo F.<sup>1</sup>; Cairone N.<sup>2</sup>; García Puglisi M.<sup>3</sup>; Kogan A.<sup>4</sup>; Irigoyen J.<sup>5</sup>; Cardoso P.<sup>6</sup>; Cargnel E.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIÉRREZ<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

fran-fimed@hotmail.com

RPD  
145

### INTRODUCCIÓN

El plomo es un metal ampliamente distribuido en la naturaleza, que puede provocar toxicidad tanto aguda como crónica, siendo ésta última la más frecuente. Los pacientes pediátricos son los más susceptibles y afectados. La presentación clínica es muy diversa, desde cuadros asintomáticos o síntomas leves, como irritabilidad o pérdida de funciones cognitivas, hasta encefalopatía.

### OBJETIVOS

Conocer las intoxicaciones ambientales y el impacto en la salud, la importancia en la prevención, y el abordaje multidisciplinario para un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

### DESARROLLO

Niño de 17 meses, previamente sano, inicia con impotencia funcional aguda de miembros inferiores con hiporreflexia e imposibilidad para mantenerse de pie. No refiere dolor, sin signos de flogosis ni lesiones traumáticas. Presenta disociación albúmino citológica en líquido cefalorraquídeo y electromiograma con poliradiculoneuropatía desmielinizante compatible con Síndrome de Guillain Barré. Inicia tratamiento con  $\gamma$  globulina por 48 horas, con escasa mejoría del cuadro clínico. Al reinterrogatorio surge que el abuelo posee baterías de autos en el jardín donde el paciente juega diariamente (el día previo al inicio del cuadro clínico tuvo un contacto estrecho con las mismas). Se le realizó plumbemia de 49  $\mu\text{g}/\text{lt}$  (valor de referencia  $< 5$ ), y resonancia de columna que evidencia signos de radiculitis. Inicia tratamiento quelante presentando franca mejoría clínica del cuadro neurológico.

### CONCLUSIONES

La intoxicación con plomo es una patología prevalente y subdiagnosticada en nuestro país, especialmente en pacientes pediátricos, por lo cual es importante que los pediatras sepan reconocer el cuadro para poder diagnosticarlo y realizar el tratamiento. La principal medida terapéutica es la identificación de la fuente y, de ser posible, la remoción de la misma e instaurar medidas higiénico dietéticas para disminuir al mínimo la exposición. El tratamiento quelante se reserva para pacientes con síntomas severos y/o con plumbemias muy elevadas. Si bien se han eliminado varias fuentes de plomo como las naftas y pinturas, algunas aún persisten. Asimismo, se han incorporado otras como los desechos de las nuevas tecnologías.



## ACIDOSIS LÁCTICA SECUNDARIA ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA

Rodríguez J.<sup>1</sup>; Raimondo A.<sup>2</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO ELIZALDE<sup>1,2</sup>  
julierodri@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

La acidosis láctica tipo B que cursa sin hipoxia si bien es infrecuente presenta alta morbimortalidad y está relacionada con medicamentos (biguanidas, antiretrovirales), alcoholismo, déficit enzimáticos hereditarios y algunas neoplasias sólidas o hematológicas con gran masa tumoral. La mayor parte de los casos de tipo B acidosis láctica se asociaron con neoplasias hematológicas y en pacientes adultos habiendo pocos casos reportados en pediatría según la bibliografía.

### OBJETIVO

Presentar caso clínico de paciente con acidosis láctica secundaria a recaída de enfermedad tumoral en el que se utilizó la diálisis peritoneal como tratamiento con buena respuesta.

### CASO CLÍNICO

Paciente varón de 4 años, con antecedente de Linfoma de Burkitt en etapa de mantenimiento y en seguimiento por servicio de Hematología de nuestro hospital. Consulta en el Servicio de Odontología del Hospital por presentar una tumoración maxilar de dos semanas de evolución. Se interpreta como adenoflemón, recibe tratamiento antibiótico por 14 días (7 con Amoxicilina/7 con Amoxicilina-clavulánico) Por mala respuesta al tratamiento se decide su internación indicando antibiotioterapia endovenosa con clindamicina a 30 mg/kg/día. Al examen físico de ingreso presenta una tumoración maxilar izquierda, duro petra, adherida a planos profundos, no doloroso. Por mala

respuesta al tratamiento antibiótico y características de la lesión se decide realizar biopsia de la lesión y PAMO. Esta última evidencia infiltración de medula ósea por lo que se reinterpreta como Linfoma de Burkitt en recaída medular. Por considerarse neoplasia de alto riesgo se iniciaron medidas de lisis tumoral con plan de hiperhidratación, Allopurinol 10 mg/kg/día, Carbonato de Calcio 50mg/kg/día e Hidróxido de Aluminio 50mg/kg/día. Así mismo inició tratamiento con dexametasona a 10mg/m<sup>2</sup>/día como parte del tratamiento del linfoma. Al tercer día de internación en EAB control se evidencia acidosis láctica con acidemia (EAB: 7,28/34,9/33,4/16,8/-10,2 Ac Láctico 12) que se asume como secundaria a enfermedad tumoral, se interconsulta con servicio de Nefrología quienes indican iniciar diálisis peritoneal. Realizó 5 días de diálisis peritoneal luego de los cuales normalizo medio interno. Luego recibió bloque de quimioterapia acorde a protocolos. Presentó buena evolución y continua tratamiento ambulatorio.

### CONCLUSIONES

Dada la alta morbimortalidad de esta complicación y como la misma puede incidir en el pronóstico de estos paciente. Es importante realizar una adecuado diagnóstico de la enfermedad oncohematológica de base e instaurar un tratamiento tempranamente ya que de esto dependerá la resolución de la lactacidemia.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: CONVULSIÓN SECUNDARIA A HIPONATREMIA INDUCIDA POR TERLIPRESINA

Lange M.<sup>1</sup>; Bolívar S.<sup>2</sup>; Fernandez Achaval M.<sup>3</sup>; Lezama C.<sup>4</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2,3,4</sup>

<julialange@hotmail.com>



### RESUMEN. INTRODUCCIÓN.

El sangrado variceal causado por hipertensión portal es una seria complicación de la enfermedad hepática crónica. El manejo de las várices hemorrágicas, aún un desafío clínico, es farmacológico, con drogas vasoactivas, y endoscópico. El fármaco de elección en la mayoría de las revisiones realizadas en niños, es el octreótide; en adultos, algunas publicaciones señalan como primer opción a la terlipresina. No hay estudios con adecuada casuística que demuestren estos beneficios en pacientes pediátricos.

### OBJETIVO

Describir el caso clínico de una paciente pediátrica que presentó convulsiones asociadas a hiponatremia a las 48 hs de iniciar tratamiento con terlipresina, sin otra causa que pudiera considerarse etiología de las mismas.

### CASO CLÍNICO

Paciente con diagnóstico de atresia de vías biliares y cirugía de Kasai sin evidencia de restitución de flujo biliar, que desarrolla complicaciones secundarias a hipertensión portal, como episodios de hemorragia digestiva alta. A los 8 meses de vida, en contexto de uno de estos episodios, recibe tratamiento médico, con octreótide y endoscópico con escleroterapia. A las 48 horas por fracaso terapéutico, se indica terlipresina. Al segundo día de iniciada la misma, presenta convulsión tónico clónico generalizada que no cede frente a las medidas anticonvulsivas habituales. Se constata hiponatremia severa sintomática, y luego de correcciones endovenosas de sodio, se resuelve

el episodio convulsivo. Se asume cuadro de convulsión secundaria a hiponatremia causada por uso de terlipresina, habiéndose descartado otras causas posibles de convulsiones e hiponatremia.

### DISCUSIÓN

La vasopresina promueve la reabsorción de agua libre en el riñón, resultando más sensible al desarrollo de hiponatremia como efecto secundario. La terlipresina, su análogo, presenta menor efecto a este nivel. Sin embargo, al metabolizarse lentamente en el hígado a vasopresina, existe la posibilidad de desarrollar hiponatremia.

### CONCLUSIÓN

Por el momento, de ser considerado el uso de terlipresina como alternativa terapéutica, sería adecuado monitorizar frecuentemente la natremia, para poder realizar una intervención precoz en caso de descenso de la misma. Dado los buenos resultados en población pediátrica, y frente a la posibilidad de considerar a la terlipresina como alternativa terapéutica sería necesario realizar estudios sobre la dosificación y posibles efectos adversos de esta droga en la población pediátrica.



## OTITIS MEDIA TUBERCULOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Diomedí L.<sup>1</sup>; Jara C.<sup>2</sup>; Primrose D.<sup>3</sup>; Abramovich N.<sup>4</sup>  
HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN CABA<sup>1,2,3,4</sup>  
<ludiomedi@gmail.com>

RPD  
148

### INTRODUCCIÓN

La otitis media tuberculosa es una entidad rara, la mitad de los casos no se acompaña de otros indicios de tuberculosis presente o previa. El cuadro clínico clásico se caracteriza por otorrea indolora con perforaciones timpánicas múltiples, tejido de granulación exuberante, pérdida de audición grave precoz y necrosis del hueso mastoideo. Puede complicarse con parálisis del nervio facial y pérdida de la audición. La respuesta al tratamiento es excelente y rara vez es necesaria la cirugía.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico sobre una patología habitual con una presentación inusual y sus complicaciones secundarias a un diagnóstico tardío. Descripción del Caso: Paciente de 17 meses de edad, masculino. Consulta por otorrea bilateral de 6 meses de evolución, se detecta anemia severa por lo cual se decide su internación.

Al examen físico: febril, desnutrición crónica, palidez cutáneo mucosa, múltiples adenopatías latero cervicales y occipitales sin rango adenomegálico, hepatoesplenomegalia y otorrea bilateral.

Estudios complementarios: Laboratorio: anemia, leucocitosis, trombocitosis. PPD negativa.

TAC de peñascos (Ocupación de ambas celdillas mastoideas, con proceso lítico de hueso temporal derecho y aumento del tejido blando del mismo lado.) Radiografía de tórax (Desviación de la columna aérea hacia la derecha, por probable ocupación ganglionar. Aspecto de mediastino ensanchado). Otoscopia directa de oído derecho con presencia de granulaciones cuya biopsia informó directo y cultivo positivo para BAAR. Se indicó tratamiento antituberculoso con 4 drogas. Presentó como complicaciones parálisis facial periférica y descompensación hemodinámica secundaria a sangrado digestivo bajo, se realizó lavado gástrico: BAAR

positivo y VEDA que informó ulceraciones circulares en mucosa del colon con biopsia positiva para BAAR.

Continuó con el tratamiento antituberculoso presentando mejoría gradual de la parálisis facial y resto de signos clínicos.

### CONCLUSIÓN

Recordar que *Mycobacterium Tuberculosis* puede afectar a cualquier órgano principalmente a los pulmones y de forma típica se asocia a la formación de granulomas por lo cual se debe sospechar en una forma de tuberculosis diseminada ante el hallazgo de granulomas en otros órganos.

## SÍNDROME DE OPSOCLONUS MIOCLONUS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Murrone L.<sup>1</sup>; Sorasio V.<sup>2</sup>; Glasman M.<sup>3</sup>; De Lillio L.<sup>4</sup>  
HOSPITAL ELIZALDE<sup>1,2,3,4</sup>  
loredanamurrone@hotmail.com.ar

RPD  
149

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome Opsoclonus Mioclonus (SOM) es una entidad poco frecuente de diagnóstico clínico, se caracteriza por opsoclonus, mioclonías, ataxia e irritabilidad. Puede ser de origen paraneoplásico, postinfeccioso, metabólico, tóxico.

### OBJETIVO

Descripción de una enfermedad infrecuente con alto riesgo de secuelas.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 14 meses, sana, consulta por presentar irritabilidad y ataxia progresiva de 10 días de evolución, 48hs previas se agrega movimientos oculares caóticos, al ingreso se encontraba vigil, reactiva y afebril. Niega ingestión de tóxicos o vacunación reciente. Se solicita hemograma, EAB, Ionograma, Glucemia, función renal y hepática (normales). Es evaluada por servicio de Neurología y con sospecha de SOM se indica internación y Gamaglobulina EV (2gs/kg). Se solicita TAC toraco-abdominal (normal), RNM de cerebro (normal), serologías virales (negativas). Durante la internación continúa en regular estado general, persistiendo atáxica y con opsoclonus. Se realizan interconsultas con oftalmología y oncología, descartando al momento del examen origen neoplásico del cuadro. Cumplió 2 series de Gamaglobulina EV, al no obtener respuesta se decide indicar ACTH (40 UI/día) IM durante 15 días. Se observa mejoría progresiva, con recuperación completa a los 12 días de tratamiento.

Se otorga egreso con seguimiento por servicios de neurología, oncología, oftalmología.

### DISCUSIÓN

El SOM es una entidad poco frecuente, ocurre principalmente en menores de 3 años. El diagnóstico es clínico y se plantea un origen autoinmune. Puede ser Idiopático o Secundario, el 45% de los casos son secundarios a un neuroblastoma. El cuadro suele cursar con recaídas de todos o algún síntoma. El pronóstico depende de la edad de inicio, la severidad, del inicio precoz del tratamiento y del número de recaídas. Entre el 70 y 80% pueden presentar secuelas neurológicas.

Al momento actual el tratamiento no está completamente estandarizado.

### CONCLUSIÓN

El SOM es una enfermedad crónica con alto riesgo de secuelas neurológicas. Nuevos avances en terapias inmunomoduladoras parecen promisorios. Es importante recordar que el diagnóstico y tratamiento precoz mejora el pronóstico neurológico de estos niños.





## EFFECTOS ADVERSOS DEL USO DE IBUPROFENO EN PACIENTE DE 1 MES

RPD  
150

Mazza J.<sup>1</sup>; Lombardo F.<sup>2</sup>; Rolando F.<sup>3</sup>; Ramos L.<sup>4</sup>; Mancera A.<sup>5</sup>

HOSPITAL OÑATIVIA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
johamazza20@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Tanto el ibuprofeno como el paracetamol se usan de forma habitual en pediatría. El ibuprofeno tiene distintas formas de presentación, las formas más habituales son suspensión al 2% y 4% y gotas al 5%. El uso del mismo está indicado en mayores de 6 meses.

La intoxicación genera clínica variada gastrointestinal, sangrados, alteraciones hepáticas, taquicardia o bradicardia, somnolencia, cefalea, convulsiones, insuficiencia renal, acidosis metabólica, hipo o hiperkalemia, hipofosfatemia, hiponatremia, angioedema, rash, coagulopatía. La dosis tóxica es de 100 mg/kg.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 1 mes de vida presenta registros febriles mayores de 38° de 24 hs de evolución, buen estado general y buena actitud alimentaria. Se constata secreción purulenta en conducto auditivo izquierdo.

Recién nacido término, peso adecuado para edad gestacional. Vacunas incompletas por libreta.

Laboratorio: hto 40%, glóbulos blancos 12,200/mm<sup>3</sup> (predominio polimorfonuclear)/proteína C reactiva 68,60 mg/l. Hemocultivos por 2. Sedimento urinario: leucocitos 5/campo, resto sin particularidades. Se solicita urocultivo. Se medica con ceftriaxona 80 mg/kg/día.

Durante la internación, laboratorio control: hematocrito 40,9% /hb 14,5 gr/dl/ gb 9090/mm<sup>3</sup> (predominio linfocitario)/ plaq 92,300 mm<sup>3</sup>, tiempo de protrombina 100%/kptt 34.

Al examen físico paciente no presenta signos ni síntomas de hemorragia.

Se solicita nuevo laboratorio hto 37%/hb 12 gr/dl/ gb 9100/mm<sup>3</sup>/plaq 84,000 mm<sup>3</sup> con hepatograma y coagulograma, dentro de límites normales. Se realiza frotis sanguíneo: 70,000 plaquetas, agrupadas.

Al interrogatorio surge el dato positivo de la administración de ibuprofeno al 5%, 8 gotas cada 6 horas durante 3 días. Total dosis diaria 160 mg/kg.

Por la clínica de la paciente y el antecedente de relevancia, se interpreta el cuadro como plaquetopenia secundaria a la administración del ibuprofeno. Dado que mejoran los valores de plaquetas, se realiza seguimiento por consultorios externos, con buena evolución.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico relacionado con efectos adversos del ibuprofeno.

### CONCLUSIONES

El paciente presentó una plaquetopenia como efecto adverso del ibuprofeno en una internación por otitis media aguda.

Es importante plantearse los diagnósticos diferenciales probables teniendo en cuenta sus antecedentes y la presentación clínica, y el uso adecuado de antitérmicos acorde a la edad de los pacientes, para evitar complicaciones dadas por los mismos.

## ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LECHE DE VACA, UNA FORMA DE PRESENTACIÓN A TENER EN CUENTA DESDE EL ABORDAJE TRANSDISCIPLINARIO

RPD  
152

Vergez A.<sup>1</sup>; Mohamed T.<sup>2</sup>; Suquia M.<sup>3</sup>; Pino V.<sup>4</sup>; Marino A.<sup>5</sup>; Suarez G.<sup>6</sup>

HOSPITAL GRAL DE AGUDOS JA FERNANDEZ<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
analissvergez@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Los lactantes con trastornos de la alimentación deben ser abordados desde la pediatría amplia dado que la alimentación es el principal "atractor" hacia el normal desarrollo físico y emocional. En ocasiones estas dificultades plantean al pediatra el desafío de diagnosticar, no solo enfermedades físicas sino alteraciones del vínculo sobre las que hay que anticiparse e intervenir. La alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) puede presentarse con síntomas y signos atípicos cuando es de larga data a los que se suman otras cuestiones como en nuestro caso.

### CASO CLÍNICO

4 meses, sexo masc, RNT/PAEG, hijo de adolescente (G2P2), viene de provincia de Córdoba a consultar por mala actitud, rechazo alimentario, náuseas y vómitos. Se interna con desnutrición grave aguda.

Planteos diagnósticos: desnutrición/disfunción del vínculo madre-hijo/retraso neuromadurativo/reflujo gastroesofágico.

Se trabaja para reforzar el vínculo (adolescente, escasa maternización, embarazo no deseado, falta de aceptación de la paternidad biológica, separación de la pareja al nacer el niño, transculturalización, elevada frustración materna y no alineación de la mirada).

En cuanto al retraso neuromadurativo, se constata incumplimiento de pautas madurativas motoras y alteración succión-deglución. Llamativamente, presentaba sonrisa social y línea media.

Los estudios por su desnutrición grave revelaron anemia e hipoproteinemia. Seria esofagogastroduodenal incoordinación del 1', 2' y 3' tiempo deglutorio con RGE supracarinal de muy lento aclaramiento. Phmetría llamativamente resultado cuantitativamente normal, sin correlación sintomática con los vómitos. Neurodesarrollo trató las alteraciones en la succión-deglución, pero continuaba el descenso de peso, persistían el rechazo y los vómitos. Ante esta situación, se replantea la posibilidad de enfermedades metabólicas, neurológicas, APLV. Se comienza prueba terapéutica con leche extensamente hidrolizada.

El paciente fue presentando ganancia ponderal, los vómitos cedieron a las 48 hs. Pasado un mes arribamos al diagnóstico de APLV. Consecuentemente mejoró el deseo del niño de ser alimentado por su madre por lo que inferimos que la importante inflamación de la alergia estableció el rechazo por dolor o actitud refleja al displacer (repulsa pasiva secundaria). Se restableció la fijación de la mirada mejorando el vínculo. La mejoría nutricional trajo la adquisición de las pautas neuromadurativas.

### CONCLUSIÓN

El abordaje en transdisciplina con neurodesarrollo, nutrición, salud mental permitió arribar al diagnóstico no solo de APLV sino a reestablecer al desarrollo normal del vínculo en la díada y actuar como factor protector de severas alteraciones futuras en el desarrollo.



## LESIONES QUE REQUIEREN INTERNACIÓN EN PEDIATRÍA. ANÁLISIS DE LOS FACTORES INVOLUCRADOS EN SU PRODUCCIÓN

PO  
153

Vergez A.<sup>1</sup>; Mohamed T.<sup>2</sup>; Pino V.<sup>3</sup>; Catoira B.<sup>4</sup>; Testa A.<sup>5</sup>; Suarez G.<sup>6</sup>  
HOSPITAL GRAL DE AGUDOS JA FERNANDEZ<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
analissvergez@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Los denominados “accidentes” constituyen la causa más frecuente de mortalidad en niños mayores de un año. El uso incorrecto del término implica lo inevitable siendo esta la barrera más importante para su control. Las lesiones (correcta denominación) son el resultado de factores que confluyen en una situación de riesgo con un agente productor en un momento determinado y en un huésped dado. En este contexto, los profesionales de la salud adquieren un rol principal en la tarea preventiva.

### OBJETIVOS

Analizar las características de la población que requiere internación. Caracterizar las distintas variables. Determinar cuáles de los factores del medio ambiente socioeconómico y cultural están más frecuentemente involucrados.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes internados en pediatría en el período enero de 2014 a junio de 2015 por lesiones e intoxicaciones. Las variables usadas fueron edad, tipo de lesión, lugar de ocurrencia, persona responsable al momento de la lesión, procedencia, cumplimiento de controles de salud. Los datos fueron procesados y analizados con planilla Excel.

### RESULTADOS

N=110, la edad más frecuente entre 1 y 5 años con el 57 % (63), incluyendo los menores de un año suman el 74%. Tipo de lesión: caídas representaron el 59% (65); siendo el hogar el lugar de ocurrencia en el 100% (mecanismo caídas por escaleras, ventanas o terrazas). En segundo lugar las intoxicaciones, 12 % (drogas de abuso, intoxicación medicamentosa y monóxido) seguido de lesiones en vía pública, golpes con objeto contuso, electrocución, heridas cortantes y quemaduras. En referencia a la persona responsable al momento de la lesión, el 74% (81) se encontraban con sus padres, el 19% con otro adulto y un 7% (8) sin supervisión. La procedencia resultó en primer lugar CABA siendo el 63% (69) de la villa 31, el restante 30% de zonas cercanas al área del hospital y solo un 7% de la provincia Bs As. El 79% “refería” controles en salud.

### CONCLUSIONES

La población más frecuentemente afectada resulto ser entre 1 y 5 años, coincidente con los reportes mundiales y los traumatismos por caídas el mecanismo más frecuente. Dado que un gran porcentaje eran procedentes de la villa 31 sin ningún tipo de protecciones ni barreras de seguridad, con una construcción en altura cada vez más frecuente podemos inferir que tenemos una población identificada con una epidemiología emergente. Si bien hay que mejorar el registro de las circunstancias y el tiempo destinado a la prevención, consideramos que no es un problema exclusivamente médico sino que se requerirá de un enfoque conjunto con ingenieros, arquitectos urbanísticos, legisladores gubernamentales, personal para la asistencia pública, en un eficaz abordaje transdisciplinario.

## OSTEOMIELITIS HEMATÓGENA EN NIÑOS: UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE

RPD  
154

Vergez A.<sup>1</sup>; Arzo M.<sup>2</sup>; Catoira B.<sup>3</sup>; Testa A.<sup>4</sup>; Feldman F.<sup>5</sup>; Suarez G.<sup>6</sup>  
HOSPITAL GRAL DE AGUDOS JA FERNANDEZ<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
analissvergez@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica es una enfermedad infectocontagiosa causada por *Neisseria meningitidis*. Un muy bajo porcentaje de pacientes pueden presentar artritis por meningococo, pero es excepcional hallar casos de osteomielitis. Describiremos a continuación el caso de un paciente pediátrico con osteomielitis hematógena aguda en el contexto de una meningococcemia.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 7 meses de edad, sexo masculino, que comienza 24 horas previas con llanto persistente y rechazo al alimento. Al ingreso presentaba marcada irritabilidad tanto al examen físico como en reposo sin otros hallazgos de relevancia. Durante la internación, comienza con registros febriles y persistencia de marcada irritabilidad, asumiéndose el cuadro como lactante febril sin foco por lo que se policliva y medica empíricamente con ceftriaxona. Los hemocultivos resultan positivos para meningococo (2 de 2). Resto de cultivos negativos. Evolución: Comienza a evidenciarse miembro superior derecho en posición antálgica, con dolor a la movilización activa y pasiva manifestada por llanto continuo, y ligero edema y eritema en dorso de mano derecha, motivo por el cual se solicita ecografía y radiografía donde no se evidencia patología. Ante la sospecha de osteomielitis se solicita centellograma óseo, que informa proceso compatible con osteomielitis en metafisis del tercio

distal del radio derecho. Se resume el diagnóstico como osteomielitis por meningococo y se completa tratamiento con Ceftriaxona 4 semanas con buena respuesta clínica y de laboratorio. Interdisciplinariamente con infectología, traumatología y equipo pediátrico se acordó no realizar estudios diagnósticos invasivos y seguimiento con resonancia magnética (normal). Se otorga alta hospitalaria. Controles de pediatría y traumatología infantil: excelente evolución.

### DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

La enfermedad meningocócica es una infección sistémica causada por el diplococo gramnegativo aerobio *Neisseria meningitidis*. La osteomielitis es una complicación conocida pero rara de la meningococcemia que puede acontecer en el período agudo como en etapas posteriores. Característicamente afecta la metafisis de huesos largos, dada la gran irrigación que posee esta zona en el crecimiento óseo en menores de 12 meses. Este caso clínico nos derivó a revisar la bibliografía no encontrándose más de diez casos publicados a nivel mundial. Creemos que el abordaje de los pacientes transdisciplinariamente es lo que nos permite arribar al diagnóstico correcto de patologías poco frecuentes.



## PLANIFICACIÓN DEL MANEJO DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA EN PERIODO DE ALTA PREVALENCIA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL FERNÁNDEZ

PO  
155

Vergez A.<sup>1</sup>; Rey M.<sup>2</sup>; Arzo M.<sup>3</sup>; Suquia M.<sup>4</sup>; Baglietto V.<sup>5</sup>; Suarez G.<sup>6</sup>  
HOSPITAL GRAL DE AGUDOS JA FERNANDEZ<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
analissvergez@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El programa de internación abreviada (PIA), es una modalidad destinada a la atención de pacientes de 0 a 5 años, con infección respiratoria aguda baja (IRAB) y síndrome bronquial obstructivo (SBO), durante el periodo de mayo a septiembre. Dicho programa fue diseñado en el 2003 en CABA para aumentar la capacidad resolutoria de los centros de salud, evitar el desborde de las emergencias en época invernal, evitar internaciones innecesarias y contribuir a disminuir la morbimortalidad infantil evitable.

### OBJETIVOS

Analizar la población beneficiada con PIA/Evaluar la prevalencia de los pacientes que derivaron en internación/Analizar la adherencia al seguimiento/Definir en el estado actual nuevas metas a alcanzar.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes de guardia ingresados a PIA, durante 2012 al 2014 atendidos por un 3er pediatra destinado a tal fin. Las variables: planillas destinadas a PIA que incluye edad; procedencia; gravedad clínica; tratamiento recibido; resolución, regreso a controles. El uso de medicación es aportada por gobierno de CABA y Nación: broncodilatadores, aerocámaras y corticoides orales. Libro de enfermería con registro de internados por guardia con IRAB, en época de aplicación de PIA.

### RESULTADOS

Sobre una n de 1353, el 86% fueron menores de 2 años, los casos leves el 70% (953), moderados 27% (362), y graves 3% (38). Del total de pacientes que ingresaron en PIA, se internaron solo el 7% (95). Solo el 0,1% (2) requirió UCI.

El 78% procedían de CABA. Resolvieron favorablemente el 93% (1256). No se constató regreso a control en ninguno de los casos.

En relación al libro de internación, el nro. de ingresos por guardia con diagnóstico de IRAB, fue un 73% más (251) que los reportados por PIA (95) en igual periodo.

### CONCLUSIONES

La población más frecuente: menores de 2 años, predominantemente CABA, que lograron manejo ambulatorio en un 93%.

De los casos moderados y graves 30% (400), se internaron 7% (95).

Los registros de internación de pacientes ingresados por guardia en el momento de aplicación de PIA reveló ser un 73% mayor, manifestando un subregistro. No hubo seguimiento en ningún caso constatado en planilla. Consideramos que hay mucho por trabajar, en la aplicación, reporte y/o calidad de los registros que deriva en una deficiente cantidad e incorrecto rendimiento de los insumos. De todas formas este programa ha resultado altamente beneficioso en todos los efectores de salud.

## SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
156

Vergez A.<sup>1</sup>; Feldman F.<sup>2</sup>; Rey M.<sup>3</sup>; Takata M.<sup>4</sup>; Menna I.<sup>5</sup>; Suarez G.<sup>6</sup>  
HOSPITAL GRAL DE AGUDOS JA FERNANDEZ<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
analissvergez@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

En la última década se ha evidenciado un franco descenso de la transmisión vertical del virus de VIH. Las Investigaciones han sugerido que la mayoría de las transmisiones se producen en el embarazo avanzado o en el parto.

### OBJETIVOS

Dar a conocer un caso de inusual de presentación con tratamiento médico incompleto. Reforzar la relevancia de los controles periódicos. Diagnosticar precozmente para prevenir la transmisión. Reconocer las familias socialmente en riesgo.

### CASO CLÍNICO

Niña de 5 m. con dificultad respiratoria, evolución 24 hs. Se interna con IRAB grave.

Antecedentes: RNT, PAEG, embarazo no controlado, serologías maternas, refiere ser HIV+. La RN 4 días internada donde recibió AZT (exposición perinatal). Sin controles de salud posteriores. Vacunas solo HBV. Medio viral-.

Examen físico: Regular estado gral., afebril, muguet, taquipneica, tiraje generalizado, hipoventilación campo pulmonar izq. rales subcrepitantes en derecho, Sat. a/a 88% (másc. con reservorio 99%).

Estudios Complementarios: Hemograma: anemia + plaquetopenia (Hb: 8.8, plaquetas 43.000).

PCR: 12.40, Rx de tórax opacidad pulmón izquierdo, Ecopleura: esc. líquido homolateral, Viroológico SNF: Picornavirus y VSR, Hemocultivos +2/2 S.pneumoniae sensible.

Evolución y tratamiento: Oxígeno (9 días), ATB (10 días EV). Interconsulta con infectología por exposición perinatal y desconocer antecedentes mas PCR para HIV, CD4: 11%, valor absoluto: 333. Comienza tratamiento con Zidovudina, Lamivudina y Ritonavir/Lopinavir. Profilaxis para Neumocitis con TMS. Por muguet Nistatina, dada la mala tolerancia oral y aparente odinofagia, se asume posible candidiasis esofágica, recibe fluconazol con buena respuesta. Luego de comenzar TARV mejora la anemia y plaquetopenia. Presentó desnutrición leve que requirió adaptar meta calórica. Se evidencia situación de vulnerabilidad social.

### DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Nos encontramos frente a un caso de HIV-SIDA por exposición perinatal con múltiples intercurencias al momento del ingreso. Resulta interesante y llamativo que con los avances en el área resurjan casos de inmunocompromiso severo que cumplen criterios dentro de la definición de SIDA categoría C.

Si bien no seguimos el protocolo habitual se decidió comenzar con el tratamiento por la alta presunción diagnóstico clínico con buena respuesta. Se hizo imperioso, dada la situación de vulnerabilidad social y riesgo de abandono del tratamiento articular al alta con servicio social un dispositivo zonal con la Prov.de Bs As.



## HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS MULTISISTEMICA: A PROPOSITO DE UN CASO

Arzamendía F.<sup>1</sup>; Sepulveda A.<sup>2</sup>; Alderete M.<sup>3</sup>; Gonzalez F.<sup>4</sup>; Rodriguez L.<sup>5</sup>; Melnechuk P.<sup>6</sup>; Ledesma J.<sup>7</sup>

HOSPITAL DR. FERNANDO BARREYRO<sup>1234567</sup>

francoarza@gmail.com

RPD  
157

La Histiocitosis de Células de Langerhans es un desorden caracterizado por proliferación aberrante de células de Langerhans funcional e inmunofenotípicamente inmaduras rodeadas de eosinófilos, macrófagos y linfocitos. Existe controversia en si se trata de una transformación maligna o disregulación inmune. Es una patología poco frecuente, 2 a 10 casos por millón hasta los 15 años de edad. Se clasifica en Unisistémica y Multisistémica de acuerdo a la cantidad de órganos afectados.

### OBJETIVOS

Se presenta el caso de una patología poco frecuente en la edad pediátrica dada su sintomatología tan diversa.

### PRESENTACIÓN CLÍNICA

Paciente de sexo femenino, de 1 año y 3 meses que consulta por varios meses de evolución por bicitopenia (anemia y plaquetopenia), retraso madurativo, bajo peso, episodios de otorrea izquierda a repetición, y diarrea crónica. Presentaba lesiones en piel eritemato-papulares petequiales a nivel de región inguinal bilateral, tórax, cuello, región retroauricular, hepatomegalia y esplenomegalia. Ante la sospecha de Histiocitosis de Células de Langerhans se solicitó Radiografía de Huesos

largos y Calota donde se constatan lesiones líticas en región parietal izquierda. Tomografía de cráneo con lesiones líticas a nivel de escama del temporal izquierdo, en base de apófisis cigomática y en relación a la articulación temporo-maxilar, así como en cuerpo del esfenoides del lado derecho. Columna: lesiones líticas en varios cuerpos vertebrales. Tórax: derrame pleural con condensación basal pulmonar derecha. Se realizó PAMO y biopsia de médula ósea, y biopsia de piel que confirmo el diagnóstico, inicio tratamiento quimioterápico con Vinblastina 6 mg/m<sup>2</sup>/dosis y Prednisona 40 mg/m<sup>2</sup>/día de acuerdo a Protocolo LCH III.

### CONCLUSIONES

La Histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad poco frecuente y el desconocimiento de una enfermedad de estas características dilata su diagnóstico e intervención terapéutica.

El diagnóstico temprano es fundamental. Cuanto antes se realice, más rápido se puede intervenir terapéuticamente e iniciar la asistencia al paciente y su familia, que pueden ayudar a prevenir algunos de los daños permanentes que son causados por la enfermedad.

## INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA, A PROPOSITO DE UN CASO

Iparraquirre M.<sup>1</sup>

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1</sup>

< ayelenip82@hotmail.com >

RPD  
158

### INTRODUCCION

La mayoría de las inmunodeficiencias primarias son muchas veces subdiagnosticadas, debido al bajo índice de sospecha del pediatra clínico, siendo este un aspecto fundamental de las IDP.

Es importante pensar en ellas ante la presencia de signos y síntomas recurrentes, o ante una infección grave en un niño previamente sano.

### OBJETIVO

Describir un caso clínico de inmunodeficiencia primaria.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 9 años de edad, con broncoespasmos a repetición de tratamiento ambulatorio, que presenta antecedente de internación con diagnóstico de celulitis de tobillo derecho y sepsis (SAMR +) a foco cutáneo. Recibió clindamicina 30mg/kg/día y vancomicina 80mg/kg/día (14 días). Egresó con TMS 10mg/kg/día. Un día después del alta, comienza con registros febriles asociados a edema e impotencia funcional de miembro inferior derecho, por lo cual se decide su internación. Se realizó ecografía de partes blandas y ecodoppler de miembro inferior derecho, las cuales informaron: TVP femoral superficial, poplítea y tibial posterior, con dicho diagnóstico se deriva a hospital Elizalde para tratamiento y seguimiento por hematología. Ingresó a sala de clínica pediátrica, donde inicia tratamiento con Enoxaparina 2mg/kg/día, rotándose posteriormente a Acenocumarol. Se decide completar esquema antibiótico endovenoso, previa toma de HMC x 2, que resultaron negativos.

Durante su internación, se decide estudiar la inmunidad del paciente, se realizó dosaje de inmunoglobulinas, resultando IgA e IgG disminuidas, con alteración progresiva en el seguimiento.

A los 28 días de evolución, por clínica desfavorable, se realiza radiografía de miembro inferior derecho, realizándose diagnóstico de Osteomielitis. Por sospecha de Inmunodeficiencia Común Variable asociada a mala evolución clínica se indica pasaje de Gammaglobulina e ingresa a quirófano para curetaje.

El paciente actualmente se encuentra en seguimiento por servicio de inmunología, con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable.

### CONCLUSIONES

Las inmunodeficiencias primarias tienen diversas formas de presentación, por lo que se requiere de un alto índice de sospecha clínica ante la presencia de infecciones recurrentes o infección grave y de evolución tórpida en un niño previamente sano. Es importante pensar en ellas, para poder realizar un diagnóstico precoz y disminuir así la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida.



## HAEMOPHILUS INFLUENZAE, A 19 AÑOS DE LA INTRODUCCIÓN DE LA VACUNA

Gutte P.<sup>1</sup>; Almara D.<sup>2</sup>; Campuzano Ivchina B.<sup>3</sup>; Benitez R.<sup>4</sup>

CLAUDIO ZIN<sup>1,2,3,4</sup>

pamelagutte@gmail.com



Haemophilus Influenzae (Hib) es un coccobacilo gram negativo con necesidades nutricionales muy específicas. El único reservorio es el hombre, la transmisión es por vía aérea, coloniza transitoriamente la nasofaringe, teniendo una predilección entre los 6 y 12 meses de edad. Más del 85% de enfermedad invasiva ocurre en menores de 5 años y más del 65% en menores de 2 años. Las cepas capsuladas, muy frecuentemente el serotipo b, son las principales responsables de las diferentes formas de enfermedad invasiva que incluye meningitis, septicemia, epiglotitis, neumonía, artritis séptica, celulitis, osteomielitis y pericarditis. Las vacunas conjugadas tienen la capacidad de inducir respuesta inmune a partir de los primeros meses de vida y de generar una memoria inmunológica en los vacunados. Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, donde los objetivos fueron: describir las formas clínicas de presentación de enfermedad invasiva por Hib, analizar la distribución etaria de enfermedad por Hib., describir el estado de vacunación de cada uno de los casos que presentaron enfermedad invasiva por Hib., analizar morbilidad asociada a enfermedad invasiva por Hib. Se incluyeron los pacientes internados de 0 a 60 meses en el Hospital Pediátrico Dr. Claudio Zin de Malvinas Argentinas, con diagnóstico confirmado de enfermedad invasiva por Hib, definiendo enfermedad invasiva por Hib según el CDC como aquel caso con clínica compatible (bacteriemia, meningitis, neumonía con o sin derrame pleural, celulitis, artritis, pericarditis y endocarditis) y aislamiento de Hib en líquido corporal normalmente estéril (sangre, LCR, líquido pleural, articular y pericárdico).

El periodo del estudio comprendido desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2015. Las variables analizadas fueron: edad (expresada en meses), sexo, esquema completo de inmunización anti Hib. Consideramos esquema completa anti Hib cuando el paciente recibió al menos dos dosis antes de los 12 meses de vida. Donde se pudo concluir que a 19 años de la introducción de la vacuna contra el Hib a forma de presentación más frecuente fue la neumonía (37,5%), la enfermedad invasiva por Hib se presentó en menores de 5 meses (37,5%) por lo cual un 62,5% de los pacientes presentó esquema incompleto de vacunación. Un solo paciente presentó complicaciones por enfermedad invasiva por H. Influenzae tipo b. La tasa de supervivencia de los pacientes en este trabajo fue del 100%.

## BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCO PYOGENES, PRESENTACION DE DOS CASOS

Gutte P.<sup>1</sup>; Campuzano Ivchina B.<sup>2</sup>

CLAUDIO ZIN<sup>1,2</sup>

pamelagutte@gmail.com



El Streptococcus pyogenes (Estreptococo beta-hemolítico del grupo A (SBGA)), es un coco Gram positivo que produce infecciones localizadas y generalizadas, y secuelas inmunológicas (fiebre reumática y glomerulonefritis). Es causa frecuente de faringoamigdalitis e infecciones cutáneas, e inusualmente causa bacteriemia, neumonía, infecciones osteoarticulares y meningitis. A pesar que las infecciones por SBGA presentan habitualmente un curso clínico leve, hasta 15% pueden evolucionar como enfermedad invasiva grave. La incidencia de shock y bacteriemia por SBGA es de 0,18/100.000 admisiones hospitalarias. Describimos el caso de dos niños de sexo masculino de 13 meses y 13 años, que fueron ingresados en el Hospital Dr. Claudio Zin en los meses de marzo y mayo de 2016, con diagnóstico de bacteriemia por streptococo pyogenes, con formas clínicas de presentación diferentes. El objetivo es describir la forma de presentación clínica infrecuente de esta enfermedad, destacar la importancia de su reconocimiento y tratamiento precoz así evitar la aparición de complicaciones y secuelas.





## SINDROME DE PENA SHOKEIR, SOBREVIDA Y MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

Gutte P.<sup>1</sup>; Campuzano Ivchichina B.<sup>2</sup>; Fortuna Y.<sup>3</sup>; Piccolomini J.<sup>4</sup>

CLAUDIO ZIN<sup>1,2,3,4</sup>

pamelagutte@gmail.com

RPD  
161

El síndrome de Pena shokeir o también conocido como hipoquinesia fetal, fue descrito en 1974 por Pena y Shokeir, quienes publicaron un caso de dos gemelas con fenotipo característico, que incluye camptodactilia, pie equino, anquilosis de las rodillas y las caderas e hipoplasia pulmonar. Este síndrome afecta, aproximadamente a uno de cada 12.000 recién nacidos, y en la bibliografía médica se han reportado unos sesenta casos, los cuales en su mayoría son esporádicos múltiples articulaciones anquilosadas (artrogrifosis), anomalías faciales e hipoplasia pulmonar. Es poco frecuente. Se han publicado alrededor de 100 casos en la literatura. El 30% fallece intraútero y la mayoría de los nacidos vivos mueren por complicaciones de la hipoplasia pulmonar, durante el primer mes de vida. El pronóstico depende de la etiología y de la gravedad de la hipoplasia pulmonar.

Se sugiere herencia autonómica recesiva (con consanguinidad parental y/o recurrencia entre hermanos) en el 50% de los casos. Aunque el futuro de estos pacientes es en general muy malo, la gravedad de las lesiones que originaron las anomalías van a establecer el pronóstico, por lo que es muy importante buscar una etiología específica para realizar una consejería genética o iniciar un tratamiento oportuno.

Presentamos el caso de un paciente de 9 años de edad que ingresa al Hospital Central de Pediatría Dr. Claudio Zin con diagnóstico prenatal de Pena Shokeir, talasemia, hemofilia sin déficit de factores, epilepsia, pie Bot bilateral, artrogrifosis en mano y pies, aracnodactilia con inclusión del pulgar, sin requerimiento de oxígeno suplementario, que concurre a la guardia por hematoma gigante en brazo y codo izquierdo secundario a traumatismo menor en su domicilio. El objetivo del trabajo es describir la presentación clínica de esta enfermedad, realizar una revisión bibliográfica, que ayudara al manejo multidisciplinario de esta patología.

## CMV CONGÉNITO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Gole M.<sup>1</sup>; Olivieri J.<sup>2</sup>; Bonardo V.<sup>3</sup>; Fernie M.<sup>4</sup>

HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4</sup>

<mariagole@gmail.com>

RPD  
162

### INTRODUCCIÓN

El citomegalovirus es la infección congénita más frecuente, con impacto en diferentes órganos y secuelas a corto y largo plazo. Existen diferentes métodos de pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento. La falta de conciencia de incidencia e impacto de la entidad con su tratamiento precoz es una problemática mundial.

### OBJETIVOS

Mostrar la utilidad de realizar PCR para CMV en la sangre seca del papel de filtro para poder llegar al correcto diagnóstico de infección viral congénita vs adquirida.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 32 días de vida, masculino, RNT PAEG. Examen físico: ictericia de piel y mucosas generalizada, acolia, hepatoesplenomegalia y petequias en miembros superiores; laboratorio hiperbilirrubinemia a predominio conjugada. Otoemisiones acústicas patológicas.

En internación: LCR normal, hemocultivos negativos, urocultivo 10<sup>4</sup> u.f.c. Klebsiella Oxytoca; viruria para CMV positiva. Serologías maternas: IgG/IgM negativos del primer trimestre, y nuevas serologías informaron CMV IgG>500, IgM no reactivo. Dos escenarios posibles: infección por CMV congénita o adquirido, serologías del paciente: CMV IgG 102, IgM 7.7, CV CMV 6850 copias/ml; PCR para CMV en cartón de pesquisa neonatal: positiva. Opciones terapéuticas: Ganciclovir 6 semanas EV o Valganciclovir 6 meses VO. Se eligió la segunda opción por presentar

mayores beneficios a largo plazo sobre las secuelas neurosensoriales, presentó ligera neutropenia que revirtió espontáneamente.

El paciente presenta secuelas neurosensoriales auditivas (equipado con audífonos) y neuromadurativas (principalmente a nivel motor grueso).

### CONCLUSIÓN

Creemos debe hacerse hincapié en que la mujer en edad fértil conozca su situación serológica frente al CMV, para encarar medidas de prevención ante un eventual embarazo. Posteriormente resulta importante el control de las serologías para CMV en cada trimestre, inclusive en las madres que tengan IgG positiva, ya que existe reactivación. Sin embargo en Argentina no está estandarizado.

Con respecto al método diagnóstico, pasados los 15 días de vida, la viruria positiva para CMV plantea la duda entre infección congénita o adquirida. Consideramos que el uso del papel de filtro para poder esclarecer el tipo de contagio es sumamente útil, y de fácil acceso ya que, la pesquisa neonatal se hace de forma sistemática y los cartones permanecen guardados por varios años.

Ponemos énfasis en poder diagnosticar infección congénita vs. adquirida, para predecir sus complicaciones y su evolución natural. Logrando un diagnóstico temprano de la infección congénita podemos iniciar un tratamiento, siendo esta una de las pocas infecciones congénitas que cuentan con tratamiento si bien el beneficio con él mismo es muy variable.



## CAVERNOMATOSIS PORTAL EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Markov D.<sup>1</sup>; Barrionuevo T.<sup>2</sup>; Fescina M.<sup>3</sup>; Fernie M.<sup>4</sup>

HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4</sup>

demarkov1@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

La cavernomatosis portal es el reemplazo del tronco de la vena porta por una masa angiomasosa constituida por numerosos vasos causante del síndrome de hipertensión portal (HTP) pre-hepática. Como etiopatogenia se destaca la onfalitis y cateterización umbilical, deshidratación, cirugías abdominales y estados protrombóticos. El 80% es de causa idiopática. La HTP provoca formación de colaterales venosas que se expresan como várices esofágicas y gástricas, cuyo sangrado es causa frecuente de presentación. Presenta esplenomegalia y ascitis. Diagnóstico con Eco Doppler abdominal y las várices por video endoscopia digestiva alta (VEDA). Se debe estudiar coagulación y los índices hematimétricos. El tratamiento es con propranolol preventivo, banding o escleroterapia de las várices y cirugía de derivación porto-sistémica.

### OBJETIVO

Alertar a la comunidad médica sobre una patología poco frecuente pero que debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial ante cuadros de anemia y abdomen globoso.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 17 meses de edad, con antecedentes de hiperreactividad bronquial. Asiste a guardia por disnea y tos. Presenta palidez y abdomen globuloso distendido. Taquicardia, taquipnea, regular mecánica respiratoria. Sopro sistólico eyectivo 4/6. Se realiza tratamiento sin respuesta. Laboratorio: Hb 5 mg/dl, Hto 19%. Se interna para tratamiento y estudio hematológico.

En la ecografía abdominal se halla cavernoma de la vena porta. Sin visceromegalias. Es evaluada por servicios de hepatología y gastroenterología, se realiza VEDA en diferido. Se observa en esófago y techo del estómago cordón varicoso grado 3, sin signos de sangrado activo. Se realiza banding. A los 22 meses concurre por melena, recibe octreotide y en nueva VEDA se realiza banding de dos várices aunque sin evidenciarse sangrado activo.

### CONCLUSIONES

La cavernomatosis portal es una patología poco frecuente.

Es la principal causa de hipertensión pre portal en niños.

La mayoría de los casos se diagnostica a partir de sus complicaciones, la principal las varices esofágicas.

La forma de presentación es HDA con hematemesis, tiene 25% de mortalidad.

El tratamiento, dirigido a las complicaciones, es médico-endoscópico para frenar la HDA.

## PESQUISA INFECTOLOGICA EN PACIENTES INTERNADOS CON DIAGNOSTICO DE CELULITIS Y CELULITIS ABSCEDADA

Diomedi L.<sup>1</sup>; Pardo M.<sup>2</sup>; Kadi S.<sup>3</sup>; Abramovich N.<sup>4</sup>

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN CABA<sup>1,2,3,4</sup>

ludiomedi@gmail.com



Opción a Premio

### INTRODUCCIÓN

Las celulitis y celulitis abscedadas son una patología frecuente en la edad pediátrica y un problema emergente en la actualidad dado que en los últimos años ha ido en aumento la incidencia de infecciones producidas por SAMR de la comunidad. El diagnóstico está basado en la historia clínica, el examen físico y los métodos complementarios. El cultivo por punción aspiración de la lesión tiene un rédito del 10 al 30% en contraste con los hemocultivos en donde es menor al 5%.

### OBJETIVOS

Conocer el rédito en los Hemocultivos en comparación con los cultivos de Punción por Piel Sana, determinar la prevalencia de los distintos tipos de gérmenes implicados en los pacientes internados en un Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires y con estos datos poder establecer nuevas conductas en el manejo de esta patología.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, realizado en pacientes inmunocompetentes de 1 mes a 18 años de edad internados en un Hospital de la Ciudad de Bs.As. Entre el 01 de Diciembre de 2015 y el 29 de Febrero de 2016. A todos ellos se les realizó Hemocultivos X 2, Cultivo de lesiones e hisopado nasal, los datos se recolectaron en una base de datos que luego fue analizada estadísticamente.

### RESULTADOS

Se reclutaron 29 pacientes, 48.3% celulitis y 51.7% celulitis abscedadas. En los medios de cultivo analizados obtuvimos un rédito del 13.8% en Hisopados Nasaes; SAMS (6.9%), SAMRCo (3.4%) y St. Haemolyticus (3.4%), en hemocultivos solo 1 obtuvo resultados positivos (3.4%; St. Epidermidis), en cambio se fueron positivos un 55.2% de los cultivos de punciones realizadas por piel sana (20.7% SAMS, 20.7% SAMRCo. Y 13.8% SAMR). Comparando celulitis vs las celulitis abscedadas, estas últimas obtuvieron un mayor rédito en los cultivos de Hisopado Nasal (20% contra 7.1%) y en los de Punción por Piel Sana (80% contra 28.6%). Obteniendo un resultado estadísticamente significativo para las mismas ( $p=0.0004$ ). El único hemocultivo positivo fue de un paciente con diagnóstico de celulitis abscedada.

### DISCUSIÓN/CONCLUSIÓN

Pudimos observar bajo rendimiento en los Hemocultivos a diferencia con los cultivos de lesiones por piel sana, donde obtuvimos más de la mitad de resultados positivos, principalmente en el grupo con diagnóstico de celulitis abscedada. De esta manera se podrían plantear las bases para nuevos lineamientos para el diagnóstico de dicha patología.



## ASCITIS QUILOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Capurro Merea D.<sup>1</sup>; Gonzalez Pannia P.<sup>2</sup>; Barrego A.<sup>3</sup>; Perez Camacho L.<sup>4</sup>; Cairolí H.<sup>5</sup>  
HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5</sup>  
danicapurro@gmail.com

RPD  
165

### INTRODUCCIÓN

La ascitis quillosa primaria es una entidad poco frecuente caracterizada por la acumulación de quilo intraperitoneal. Suele comenzar en los primeros meses de vida con distensión rápidamente progresiva del abdomen, desnutrición y heces blandas asociadas o no a dificultad respiratoria y hernia inguinal. El diagnóstico es a través de una paracentesis con análisis citoquímico del líquido y a nivel sérico se podrá observar hipoalbuminemia, linfopenia e hipogammaglobulinemia. Su tratamiento se enfoca en la dieta con un aporte alto en proteínas, bajo en grasas y rico en ácidos grasos de cadena media (TCM). Si no hay respuesta, se opta por nutrición parenteral total (NPT) y análogos de la somatostatina.

### OBJETIVOS

Describir el caso clínico de un paciente con ascitis quillosa primaria.

### CASO CLÍNICO

Niño de 2 meses consulta en Hospital Elizalde para comenzar estudio por sospecha de síndrome de Dandy-Walker. Al examen físico se evidencia un abdomen globoso, francamente distendido, tenso, con signos de dificultad respiratoria. El servicio de cirugía realiza paracentesis diagnóstica obteniendo líquido blanquecino compatible con quilo. Se decide su internación para diagnóstico y tratamiento.

Al ingreso se suspende lactancia materna y se indica leche con bajo contenido lipídico y alto contenido en TCM. Se monitorizó la respuesta mediante el diámetro abdominal, peso y cambio en los síntomas respiratorios. A los 30 días de internación, el niño muestra escasa respuesta a la terapéutica por lo que se realiza ateneo multidisciplinario

en el que se decide suspender alimentación oral y comenzar con NPT y octreotida.

Recibe NPT por 34 días con buena respuesta, iniciando realimentación por vía oral paulatina a los 14 días de ayuno con buena tolerancia.

Se realizó ecografía abdominal, tomografía computada y linfocentelografía sin evidenciarse una causa orgánica específica de la patología del paciente. Se presume que es consecuencia de una malformación linfática no evidenciable por los métodos diagnósticos disponibles.

Al día de la fecha, el niño ha presentado recaídas con nueva acumulación de líquido ascítico asociado a transgresiones alimentarias. Las intercurencias resuelven luego de un período de ayuno y alimentación a través de NPT.

### CONCLUSIÓN

La ascitis quillosa primaria es una entidad rara que se presenta con distensión abdominal, desnutrición y heces blandas. Suele diagnosticarse fácilmente a través de una paracentesis, siendo más difícil determinar la causa subyacente. Por la falta de alternativas terapéuticas a la dieta y NPT en los casos refractarios, es que es de vital importancia continuar investigando sobre el tema.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE PÚRPURA FULMINANS

Gole M.<sup>1</sup>; Cosentino M.<sup>2</sup>; Formisano S.<sup>3</sup>; Fernie M.<sup>4</sup>  
HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4</sup>  
mariagole@gmail.com

RPD  
166

### INTRODUCCIÓN

La Púrpura Fulminans (PF) es una patología que compromete la piel de manera incapacitante y potencialmente mortal. Presenta necrosis tisular, trombosis de pequeños vasos y coagulación intravascular diseminada. Se clasifica según su causa en: Déficit congénito de proteína C u otro factor de la coagulación; infección aguda severa y PF postinfecciosa. Su reconocimiento precoz permite instaurar un tratamiento y aumentar la sobrevida.

### OBJETIVOS

Reportar un caso de patología infrecuente de alta morbimortalidad y su manejo interdisciplinario, conductas diagnósticas y terapéuticas.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 6 años, previamente sana, inmunización completa (antineumococo en '15). Ingres a guardia por cuadro de 10 días de fiebre asociado a lesiones purpúricas en ambas manos y cara medial de pierna derecha de 8hs de evolución. Se encuentra en regular estado general, afebril, taquipnéica, pulsos periféricos saltones, normotensa, con hipoventilación en hemicampo derecho, saturando 93% aire ambiente. Presenta lesiones en ambas manos, tensas, dolorosas, con impotencia funcional. Se observa en Rx de Tx y ecografía pleural neumonía derecha con derrame pleural de 20 mm. Se constata leucocitosis, plaquetopenia y alteración del coagulograma (TP 56, KPTT 34, RIN 1,48, Dímero D >100000, FBG 161, Antitrombina 44%). Se toman HMCx2, se expande con cristaloides a 20

ml/kg, recibe vancomicina, ceftriaxona y oxígeno por máscara reservorio. Ingres a UCIP, se coloca tubo de avenamiento pleural, se drena material purulento. Se rescata neumococo positivo en orina, cumple 28 días de antibióticos. Recibe infusión de heparina y aporte de antitrombina mediante plasma fresco congelado; se diagnostica déficit de proteína S adquirido (valor 12%, VN 63-120). Se realizan múltiples intervenciones quirúrgicas (escarectomía, fasciotomía y debridamiento). Las lesiones evolucionan con necrosis de falanges distales de todos los dedos (excepto pulgares). Se intenta recuperar funcionalidad mediante amputación de falanges y realización de colgajos radial (MSD) y abdominoinguinal (MSI).

### CONCLUSIÓN

La PF tiene una lesión característica, que la distingue de otras lesiones purpúricas. El eritema es rápidamente seguido por áreas irregulares centrales de necrosis azulado-negro rodeado por un borde eritematoso que desaparece hacia la piel sana adyacente. Evoluciona rápidamente debiéndose instaurar el tratamiento específico de la causa subyacente. Es una emergencia hematológica que requiere anticoagulación con heparina y la infusión de plasma fresco congelado para reponer los factores consumidos. Los pacientes que sobreviven, en especial tras sepsis severa y falla multiorgánica, pueden requerir amputación.



## ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE RECURRENTE EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
167

Hyland M.<sup>1</sup>; Olivieri J.<sup>2</sup>; Muro V.<sup>3</sup>; Sibbald A.<sup>4</sup>; Fernie L.<sup>5</sup>

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5</sup>

<hylandmartin@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

ADEM (Encefalomiелitis Aguda Diseminada) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central de tipo inflamatorio, mediada inmunológicamente, pudiendo estar relacionado su aparición con infección o vacunación previa. Su inicio puede ser agudo o progresivo, afectando cualquier parte del sistema nervioso central, cursando con síntomas neurológicos variables. Generalmente suele ser un evento único pero se encuentran descriptos casos de asociación de esta afectación con otros eventos desmielinizantes recurrentes posteriores.

### OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico de ADEM con posterior recurrencia desmielinizante con neuritis óptica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente previamente sano que al año y 6 meses de vida presentó un episodio de alteración del sensorio agudo, en contexto de infección urinaria. Presenta progreso de su deterioro neurológico, ingresando a UTIP, presentando convulsión tónica focalizada en MSI, disminución de la movilidad en miembro superior derecho, pérdida de sostén cefálico, de tronco y de reflejos osteotendinosos, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Entre sus estudios diagnósticos se realiza RNM de cerebro y columna con y sin contraste hallándose Hiperintensidad en T2 y Flair de mesencéfalo dorsal, ganglios basales a predominio

izquierdo, ambos caudados a predominio del izquierdo y en tálamo a nivel posterior. Hipertensión en T2 y flair de sustancia blanca bihemisférica en topografía frontal y parietal, discontinua, asumiéndose como Encefalomiелitis diseminada aguda (ADEM). Recibió durante 5 días pulsos de metilprednisolona a 30 mg/kg/día, continuando con metilprednisolona a 1 mg/kg/día por vía oral, con excelente respuesta clínica a la terapéutica. Cinco años después (a los 6 años de edad), consulta nuevamente por cefalea occipital y trastornos visuales sin trastorno del sensorio. Se realizó nueva RMN de cerebro y columna con y sin gadolinio donde se halla engrosamiento con hiperintensidad en T2 y refuerzo post-contraste del nervio óptico derecho en la porción intraorbitaria. Se asumió el cuadro como episodio agudo de Neuritis Óptica recibiendo tratamiento con pulsos con Metilprednisolona a 30mg/kg/día E.V continuando con Metilprednisolona a 1mg/kg/día con buena respuesta clínica. Actualmente continúa en seguimiento clínico y neurológico.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Es de suma importancia el seguimiento clínico e imagenológico estricto en pacientes con episodios desmielinizantes agudos por el riesgo de recaída.

## HEMICEREBELITIS EN PEDIATRÍA, UN DIAGNÓSTICO POCO PENSADO: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
168

Hyland M.<sup>1</sup>; Cosentino M.<sup>2</sup>; Muro V.<sup>3</sup>; Newkirk T.<sup>4</sup>; Rojo G.<sup>5</sup>; Fernie L.<sup>6</sup>

HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

hylandmartin@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La hemisferalitis es una afectación inflamatoria rara, de etiología desconocida, con un espectro de presentación clínica muy variado, por lo que confiere en muchas ocasiones un diagnóstico muy dificultoso.

### OBJETIVOS

Considerar a la hemisferalitis como un diagnóstico diferencial frente a masas ocupantes de fosa posterior.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 12 años de edad, previamente sano, sin antecedentes de relevancia, que consulta por guardia por presentar cefalea de 5 días de evolución que lo despierta por la noche asociado a 2 vómitos. A su ingreso por guardia se constata un paciente en buen estado general, afebril, con examen neurológico sin particularidades. Se realiza TAC de cerebro sin contraste que informa: hipodensidad en hemisferio cerebeloso derecho que genera leve desplazamiento del vermis hacia contralateral y ligera compresión del cuarto ventrículo. A continuación se realiza RMN de cerebro con gadolinio que evidencia asimetría de ambos hemisferios cerebelosos a predominio del derecho con incremento de señal de T2/FLAIR con compromiso parcial del vermis, configurándose un patrón "estriado". El proceso descrito produce efecto de masa, comprimiendo el tronco y el 4to ventrículo, sin observarse hidrocefalia suprayacente. En secuencia de difusión no se registra en forma categórica restricción acuosa aguda. Tras la administración de contraste endovenoso no muestra realce. Espacios subaracnoideos de la convexidad bilateral conservados. Línea media

supratentorial conservada. Sistema ventricular supratentorial sin signos de compresión ni desplazamiento. No se registran otros realces patológicos tras la administración del contraste endovenoso. Se efectuó complemento con espectroscopía mono y multivoxel en tiempo de eco corto e intermedio, registrándose leve aumento de la colina así como presencia de lactato, siendo los mismos de significado inespecífico. Se decide la internación del paciente presentando el mismo laboratorio y resto de exámenes complementarios normales. Se interconsulta con neurología, oncología y neurocirugía, optándose por no realizar biopsia estereotáxica de la lesión, decidiendo iniciar pulsos de Metilprednisolona endovenosa por 5 días. Evidenciándose mejoría clínica e imagenológica se otorga el egreso hospitalario, con seguimiento ambulatorio sin constatar hallazgos patológicos 5 meses después de su egreso.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Si bien es un cuadro poco prevalente, la hemisferalitis debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en un paciente con una imagen en fosa posterior que puede generar efecto de masa, sobre todo cuando el paciente no presenta la clínica esperable para la magnitud de la evidencia imagenológica.





## SEDACIÓN Y ANALGESIA PARA LA COLOCACIÓN DE CATÉTERES CENTRALES DE INSERCIÓN PERIFÉRICA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ. ESTUDIO DESCRIPTIVO

PO  
169

Díaz Pumara E.<sup>1</sup>; Rossi S.<sup>2</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>1,2</sup>  
estanislodp@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La sedación y analgesia (SA) para procedimientos médicos invasivos que implican dolor y ansiedad se considera un estándar de cuidado en la atención pediátrica. Se desarrolló un grupo de trabajo para la colocación de catéteres centrales de inserción periférica en pacientes internados en unidades de clínica de un Hospital Pediátrico. Durante este procedimiento se realizó SA de los pacientes a cargo de médicos pediatras.

### OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes, recursos utilizados, nivel de SA obtenido durante el procedimiento e incidencia de efectos adversos.

### DISEÑO

Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó revisión retrospectiva del registro de pacientes a los que se colocó catéteres centrales de inserción periférica entre los años 2013 y 2016. En la ficha de relevamiento se registran: características personales del paciente, enfermedad actual, condiciones patológicas previas, escala de riesgo de sedación de la Sociedad Americana de Anestesiología (score de ASA), tipo de sedación y analgesia utilizada para el procedimiento, profundidad de SA alcanzado por el paciente (escala de Michigan) y efectos adversos asociados a la SA.

### RESULTADOS

Se realizaron 64 procedimientos, 59 de ellos se colocaron en Unidades de Internación Clínica. En 37 (62%) se realizó sedación y analgesia utilizando medicación endovenosa (EV) y en 22 (37%) se utilizó analgesia con anestésicos locales. Los pacientes que recibieron SA EV tenían una edad media de 6,5. Se clasificaron según el score de ASA siendo 23 ASA 2 (62%), 12 ASA 1 (32%) y 2 ASA 3 (5%). Se utilizaron el midazolam y ketamina. El nivel de SA logrado fue de un Score de Michigan 2 en el 48% de los pacientes (n:18), Michigan 1 en el 45% de los pacientes (n:17) y un Michigan 3 en el 5% de los pacientes (n:2). En el 92% de los casos no se observaron efectos adversos (n:34), en 2 pacientes (5%) se observó hipoxemia, que cedió con la administración de oxígeno por máscara simple y en un paciente se observó la presencia de alucinaciones (2%). No se registraron efectos adversos severos.

### CONCLUSIÓN

La realización de SA EV es un procedimiento seguro y en la mayoría de los casos se obtienen adecuados niveles de sedación y analgesia.

## USO DE SIMULADORES MÉDICOS APLICADOS AL ENTRENAMIENTO DE PEDIATRAS EN FORMACIÓN: PERCEPCIÓN Y MANTENIMIENTO DE SUS COMPETENCIAS EN REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

PO  
170

Díaz Pumara E.<sup>1</sup>; Battolla J.<sup>2</sup>; Jaureguizar M.<sup>3</sup>; Firenze L.<sup>4</sup>; Enriquez, D.<sup>5</sup>; Elias Costa C.<sup>6</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>1,2,3,4,6</sup>; CENTRO DE SIMULACIÓN SIMMER<sup>5</sup>  
estanislodp@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La simulación médica es una herramienta docente valiosa para adquirir competencias en medicina, pero aún no ha sido adecuadamente estudiada en nuestra población.

### OBJETIVOS

Evaluar el cambio y el mantenimiento en la autopercepción de competencias en reanimación cardiopulmonar (RCP) en médicos residentes de clínica pediátrica luego de un entrenamiento con simuladores médicos, a los 6 y 24 meses de realizada la intervención. Describir si se percibieron competentes para resolver situaciones reales de emergencia luego de la intervención.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, de intervención, con comparación intrasujeto. Luego de aprobar un examen de opción múltiple, se realizaron dos jornadas de entrenamiento práctico en RCP en un Centro de Simulación Médica. Contestaron un cuestionario de percepción de sus competencias antes, después (pre y post-test), a los 6 y 24 meses de la intervención. Se realizó un cuestionario sobre participación en situación real de emergencia luego curso y la percepción de competencia en la misma. Participaron médicos residentes de primer año (R1) y de tercer año (R3) de clínica pediátrica.

### RESULTADOS

67 residentes realizaron la intervención. El aumento en la percepción de competencias, tanto en el dominio cognoscitivo como en el de destrezas psicomotrices, fue estadísticamente significativo ( $p < 0.0001$ ). Este cambio se mantiene de manera significativa luego de realizada la intervención. Categorizando la población en competentes (mediana  $\geq 3$ ) y no competentes (mediana  $< 3$ ) se observa que en el dominio cognoscitivo el 44% de los R1 y el 80% de los R3 se consideraron competentes inicialmente. En el post-test el 100% se consideró competente manteniéndose en el mismo valor a los 6 meses. En el dominio de destrezas psicomotrices el 9% de R1 y el 57% de R3 se consideraron competentes inicialmente, en el post-test el 93% de los médicos residentes se consideró competente, y a los 6 meses, si bien este valor se reduce al 71%, sigue siendo estadísticamente significativo respecto del pre-test. El 65% de los médicos residentes participó en una situación real de emergencia, siendo la ventilación con bolsa y máscara la actividad más frecuente. El 100% de ellos se sintió competente.

### CONCLUSIONES

El entrenamiento con simuladores médicos mejoró la percepción de los pediatras en formación sobre sus competencias para realizar RCP y se mantiene de manera significativa luego de la intervención.



## PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE EPISODIOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS Y EPILÉPTICOS, EN EL PERÍODO JUNIO 2013 A JUNIO 2015

PO  
171

*Hyland M.<sup>1</sup>; Indulski N.<sup>2</sup>; Olivieri J.<sup>3</sup>; Muro V.<sup>4</sup>; Enseñat V.<sup>5</sup>; Fernie L.<sup>6</sup>*  
HOSPITAL BRITÁNICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
hylandmartin@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Los Episodios Paroxísticos No Epilépticos (EPNE) son cambios episódicos del comportamiento, sensaciones o estado de conciencia, que pueden generar movimientos anormales, produciéndose de manera brusca e inesperada sin que se registre actividad paroxística simultánea en el EEG. La importancia de los EPNE reside en la frecuente confusión con crisis epilépticas.

### OBJETIVOS

Cuantificar la frecuencia de EPNE de los pacientes internados con convulsiones como motivo de ingreso. Describir las características de presentación clínica, evolutiva y los estudios complementarios realizados para arribar al diagnóstico. Comparar características clínicas y demográficas entre EPNE y epilepsia.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se recolectó información en forma retrospectiva de pacientes de entre un mes y 16 años de vida que se internaron por convulsiones en nuestro servicio, en el periodo de junio 2013 a junio de 2015. Se realizó un análisis retrospectivo de características clínicas, valores de laboratorio, e interpretación de neuroimágenes y estudios neurofisiológicos.

### RESULTADOS

Se demostró que los EPNE son más frecuentes en los menores de dos años, suelen durar menos de un minuto, no presentan estado post-ictal y se suelen manifestar como hipotonía. Tienen EEG normales y ninguno requirió de internación en UTIP. Solo 7% de los pacientes requirieron UTIP por presentar status epiléptico. La media de días de hospitalización fue similar en ambos grupos. Ningún paciente con EPNE requirió medicación posterior, y de los pacientes con diagnóstico de epilepsia, tan solo 64% fueron medicados.

### CONCLUSIONES

Es de suma importancia para el pediatra reconocer los EPNE para evitar estudios complementarios excesivos así como tratamiento anti epiléptico innecesario.

## TRABAJO EN EQUIPO Y HABILIDADES COMUNICACIONALES DE PEDIATRAS EN FORMACIÓN DURANTE UNA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR UTILIZANDO SIMULACIÓN DE ALTA FIDELIDAD. ESTUDIO DESCRIPTIVO

PO  
172

*Diaz Pumara E.<sup>1</sup>; Battolla J.<sup>2</sup>; Firenze L.<sup>3</sup>; Jaureguizar M.<sup>4</sup>; Lamborizio J.<sup>5</sup>; Enriquez D.<sup>6</sup>; Elías Costa C.<sup>7</sup>*  
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>1,2,3,4,5,7</sup>; CENTRO DE SIMULACIÓN - SIMMER<sup>6</sup>  
estanislao.dp@gmail.com

### RESUMEN

El trabajo en equipo es considerado una competencia central en la formación médica. La simulación de alta fidelidad es una herramienta de gran valor para su entrenamiento. Se proponen distintas aproximaciones para su evaluación, una combinación de ellas puede ayudar a obtener un panorama más completo de este fenómeno.

### OBJETIVO

Describir el trabajo en equipo de un grupo de pediatras en formación durante una situación de reanimación cardiopulmonar utilizando simulación de alta fidelidad.

### POBLACIÓN Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, prospectivo y observacional. Participaron residentes de 1º y 3er año, quienes recibieron material de estudio sobre el trabajo en equipos de reanimación y, luego de aprobar un examen teórico, asistieron a dos jornadas de entrenamiento práctico en resucitación cardiopulmonar (RCP) pediátrica básica y avanzada. En la segunda jornada se realizaron evaluaciones sobre el trabajo en equipo en tres escenarios clínicos utilizando dos herramientas: escala CATS (del inglés communication and teamwork skills), realizada por dos evaluadores independientes por observación directa a través de cámara Gesell; y la escala MHPTS (del inglés Mayo High Performance Team Work Scale), autoadministrada al finalizar cada uno de los casos.

### RESULTADOS

Se evaluó a 75 residentes agrupados en equipos de 5-6 individuos durante 13 jornadas. Se observó un desempeño global de los equipos de reanimación de 57/100 (rango intercuartilo: 49,5-65) utilizando la escala CATS y de 21 puntos sobre un total de 32 (65%) utilizando la escala MHPTS (rango intercuartilo: 19,5-22). Con ambas escalas se observa una mejoría en la media de desempeño de los grupos en los sucesivos casos clínicos, siendo este aumento estadísticamente significativo con la MHPTS ( $p < 0,05$ ) y no significativo en el caso de CATS ( $p = 0,2$ ). Entre las diferentes categorías evaluadas a través de la escala CATS se observa la mayor calificación en "diagnóstico de situación" (66/100) y la menor en "coordinación" (38/100).

### CONCLUSIÓN

El desempeño global promedio de los equipos de reanimación es de 57% y 65% de la calificación de las escalas. Se observa una mejoría en la calificación con los sucesivos casos clínicos de los equipos de reanimación. La experiencia posibilitó reconocer fortalezas y debilidades que permitirán generar estrategias para lograr mejoras esta competencia esencial de la práctica pediátrica.



## MIELITIS AGUDA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MAV

Fuchinecco F.<sup>1</sup>; Sandoval P.<sup>2</sup>; Franceschi Y.<sup>3</sup>; Lozano M.<sup>4</sup>; Medlej N.<sup>5</sup>; Eiras C.<sup>6</sup>; Celotto P.<sup>7</sup>; Rubio I.<sup>8</sup>; Winter L.<sup>9</sup>

HIGA EVA PERÓN DE SAN MARTÍN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>  
floreciafuchinecco@hotmail.com

RPD  
173

Dentro del término Mielitis Aguda se engloban distintas etiologías que producen lesión focal inflamatoria en la médula espinal (ME), como por ejemplo causas infecciosas, autoinmunes, vasculares, tumorales, etc. Dentro de las vasculares se encuentran las Malformaciones Arteriovenosas (MAV), cuya forma de presentación más común es el déficit motor secundario a hemorragia e isquemia.

### OBJETIVO

Presentación de caso clínico con impotencia funcional de miembro inferior en niña de 5 años.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 5 años que consulta por impotencia funcional en miembro inferior derecho (MID) con alteración de la marcha de 24 hs de evolución. Presenta dolor en región dorsolumbar, cadera, tobillo y pie derecho; marcha antálgica; tono y sensibilidad conservados; reflejos osteotendinosos presentes, sensorio conservado. Afebril. Niega traumatismos e ingestión de tóxicos. Se realiza laboratorio, punción lumbar, Radiografía de columna y miembros inferiores, ecografía de caderas, TAC cerebral y columna dorsolumbar sin contraste y centellograma óseo, todos normales. Evoluciona con arreflexia y debilidad progresiva en MID que impide la deambulación, reflejos cutáneo-abdominales derechos abolidos, dolor espontáneo en región dorsal y síntomas disautonómicos.

Sensibilidad y tono muscular bilateral conservados. Se realizan serologías virales, Mycoplasma y antiNMO negativas, Proteinograma, C3, Factor reumatoideo, Inmunoglobulinas, potenciales visuales y electromiograma, normales. Se realiza RMN de cerebro y ME con y sin contraste que informa imagen en D1-D2 compatible con malformación vascular con edema perilesional de C5 a D6, con áreas de mielomalasia. Se realizó cateterismo con evolución favorable.

### CONCLUSIÓN

Las MAV suelen manifestarse con hemorragia intramedular o subaracnoidea. Ante una presentación de tipo inflamatorio debe descartarse el origen vascular ya que, aunque infrecuente, constituye una de las posibles etiologías de la Mielitis Aguda.

## MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Finocchi A.<sup>1</sup>; Acevedo M.<sup>2</sup>; Francesca J.<sup>3</sup>; Dagdeviren K.<sup>4</sup>

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA<sup>1,2,3,4</sup>  
agostina.finocchi@yahoo.com.ar

RPD  
174

### INTRODUCCIÓN

La malformación quística adenomatoidea congénita pulmonar (MQACP) resulta de una proliferación del epitelio respiratorio en los bronquiolos y alveolos terminales con formación de quistes. Generalmente confiere un solo lóbulo pulmonar. Representa el 25% de las malformaciones congénitas del pulmón y, frecuentemente, se manifiesta como distrés respiratorio en el período neonatal. Sin embargo, existen casos asintomáticos que se descubren durante la infancia como infecciones pulmonares recurrentes. Como diagnóstico diferencial en este caso se considero el blastoma pleuropulmonar (BPP), un tumor pulmonar maligno primario descripto en pediatría sobre todo en menores de 6 años, que puede aparecer sobre lesiones congénitas pulmonares como la MQACP. El tratamiento es quirúrgico. Algunos autores defienden el tratamiento conservador. Aun así la posibilidad de malignización de estas lesiones es elevada, incluso en la primera infancia.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de malformación adenomatoidea quística, en cual la incidencia a su edad es baja y el cual puede ser diagnóstico diferencial de otras patologías pulmonares más frecuentes.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 4 meses ingresa por presentar taquipnea, astenia y anorexia de 24 hs de evolución, con antecedente de fiebre por 3 días (pico máximo de 38,5°), 7 días antes de la consulta. Era una recién nacida de término, sin antecedentes perinatales de relevancia. En hospital de derivación se realiza radiografía de tórax donde se evidencia radiopacidad

homogénea que abarcaba 2/3 inferiores del campo pulmonar izquierdo, sin imagen de broncograma aéreo, con límite superior pobremente definido. Se sospecha de neumonía asociada a derrame y se deriva al HIAEP Sor María Ludovica. A su llegada la paciente taquipneica, con requerimiento de oxígeno, afebril. Se auscultaba disminución del murmullo vesicular en campo medio e inferior del campo pulmonar izquierdo. Se realiza ecografía pleural y tomografía de tórax con contraste EV, que informa imagen compatible con malformación adenomatoidea quística tipo 1.

### CONCLUSIÓN

La ausencia de síntomas en recién nacidos puede hacer que el diagnóstico difiera en un pequeño porcentaje de casos, por tal motivo debe ser diagnóstico diferencial de otras patologías pulmonares más frecuentes, tomando mayor protagonismo cuando no presente la historia natural de una patología infecciosa, en este caso, neumonía. La malformación adenomatoidea quística es una entidad poco frecuente, poco considerada fuera del período perinatal, por lo que no se la considera de primer término ante un niño con cuadro respiratorio. Es importante pensar en ella en niños con sintomatología respiratoria e imágenes radiológicas que puedan sugerirla. Es imprescindible considerarla con el fin de realizar los estudios complementarios para el diagnóstico y realizar el tratamiento quirúrgico sin demora.



## EXPERIENCIA DEL USO DE SULFATO DE MAGNESIO INHALADO EN CRISIS ASMÁTICA GRAVE. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
175

Ballesta D.<sup>1</sup>; Porporato M.<sup>2</sup>; Zakic A.<sup>3</sup>; Paz P.<sup>4</sup>

HOSPITAL DURAND<sup>1,2,3,4</sup>

diegosballesta.db@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y la principal causa de morbilidad.

Cuando no es controlada, puede poner límites significativos en la vida cotidiana, generando ausentismos escolares y laborales. Las reagudizaciones o crisis pueden llevar a internaciones, eventuales ingresos a terapia intensiva (UTIP), e incluso ser fatales.

El uso de sulfato de magnesio (MgSO<sub>4</sub>) en el manejo de crisis asmáticas fue descrito en 1936 y desde entonces, la evidencia para su uso en adultos y niños ha ido aumentando.

Su principal mecanismo de acción es a partir del bloqueo de los canales de calcio del músculo liso bronquial, generando broncodilatación.

### OBJETIVO

Presentar la utilización de sulfato de magnesio inhalado en un paciente, que evidencia la eficacia y seguridad en crisis asmáticas graves en niños.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 8 años con antecedentes familiares y personales de broncoespasmo. Consulta en guardia por cuadro de dificultad respiratoria de 12 horas de evolución.

Al examen físico se constata cuadro broncoobstructivo grave, diagnosticándose crisis asmática grave. Se instala tratamiento sintomático con salbutamol inhalado y corticoides por vía oral, observando escasa respuesta clínica.

Permanece hipoxémico requiriendo suplementación con máscara de reservorio, por lo que se decide internarlo en sala general y continuar el tratamiento con salbutamol reglado, bromuro de Ipratropio en nebulizaciones y corticoides por vía endovenosa.

Puesto que el paciente empeora, observándose compromiso del estado general, se indica tratamiento combinado de Salbutamol nebulizado asociado a MgSO<sub>4</sub>. La respuesta clínica al tratamiento indicado es favorable e inmediata, sin evidencia de efectos secundarios ni reacciones adversas y con marcada mejoría de la dificultad respiratoria y del estado general.

### CONCLUSIONES

En nuestro paciente, el uso de MgSO<sub>4</sub> nebulizado combinado con salbutamol, en un niño con crisis asmática grave, resultó eficaz y seguro.

Si bien se trata de una medicación que requiere criterios y controles clínicos estrictos para su utilización, otorgaría beneficios considerables en relación a la respuesta clínica y pronóstico del paciente.

## ANÁLISIS DEL USO DE DROGAS TERATOGÉNICAS EN PACIENTES FEMENINAS EN EDAD FÉRTIL

PO  
176

Belleri M.<sup>1</sup>; Rousseau M.<sup>2</sup>; Cohen V.<sup>3</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRIA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN<sup>1,2,3</sup>

florbelleri@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Un agente teratógeno es el que actúa alterando el crecimiento, la estructura o la función del embrión o feto en desarrollo. Existen numerosos fármacos que actúan como estos agentes. Considerando que nuestro hospital atiende un creciente número de pacientes adolescentes, que pueden estar expuestos a estas drogas, las cifras crecientes de embarazos adolescentes (en 2013 más del 15% de los partos en Argentina correspondieron a madres menores de 20 años) y la falta de un programa específico, surge en el comité de farmacovigilancia la idea de evaluar la situación actual en relación a este tema, con el objetivo de confeccionar un documento con información para profesionales sobre estas drogas y sus riesgos.

### OBJETIVOS

Estimar el número de pacientes femeninas que tuvieron menarca y reciben medicamentos de las categorías D y X.

Determinar si estas pacientes tienen un seguimiento ginecológico y si usan algún método anticonceptivo.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un corte transversal de un día, tomando a las pacientes femeninas que tuvieron menarca internadas en CIM y las que hayan retirado medicación de la farmacia en forma ambulatoria, entre 31/03/2016 y 11/04/2016.

Se tomó la clasificación de la FDA que agrupa a los medicamentos en 5 categorías de acuerdo al riesgo en el embarazo, evaluándose si las pacientes recibían drogas D o X. En el caso de las internadas se preguntó a los médicos de la sala si practicaban algún tipo de método anticonceptivo. Se excluyeron pacientes terminales.

### RESULTADOS

De un total de 263 pacientes internados 30(11%) eran pacientes femeninas que tuvieron menarca, 13(5%) recibían drogas D o X y 4 refirieron el uso de algún método anticonceptivo. De un total de 107 pacientes que se atendieron en farmacia de ambulatorios 9(8%) eran pacientes femeninas que tuvieron menarca 4(3.7%) recibían drogas D o X y 1 recibía anticonceptivos. Los grupos de medicamentos fueron: quimioterápicos anticonvulsivantes inmunosupresores benzodiazepinas hormonales cardiovasculares antimicóticos.

### CONCLUSIONES

Se encontró un número significativo de pacientes recibiendo drogas teratogénicas sin el uso concomitante de métodos anticonceptivos, por lo que es necesario establecer un circuito multidisciplinario de prevención de embarazo, en el que el pediatra debería reforzar en el interrogatorio los métodos de prevención. El rol del farmacéutico en este circuito será el aporte de información de medicamentos.



## A PROPÓSITO DE DOS CASOS: CAUSAS POCO FRECUENTES DE ÍLEO OBSTRUCTIVO EN LA ADOLESCENCIA

RPD  
177

Limardo P.<sup>1</sup>; Ibarra M.<sup>2</sup>; Weisman F.<sup>3</sup>; Lago L.<sup>4</sup>; Gambarruta F.<sup>5</sup>; Schenone N.<sup>6</sup>; Cairolí H.<sup>7</sup>; Checcacci E.<sup>8</sup>

HOSPITAL PEDRO ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

paulalimardo@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El íleo es la interrupción de la progresión del contenido intestinal. Puede ser obstructivo o paralítico. La clínica incluye distensión y dolor abdominal, vómitos y constipación. Los métodos diagnósticos son entre otros radiológicos y ecográficos. El tratamiento puede ser clínico o quirúrgico.

### OBJETIVO

Describir dos casos de causas poco frecuentes de íleo obstructivo.

### CASO CLÍNICO 1

Paciente de 13 años desnutrida y constipada crónica que consulta por vómitos biliosos y dolor con distensión abdominal de 10 días de evolución. Al examen físico: regular estado general con signos de deshidratación severa. Abdomen distendido, blando, doloroso ruidos hidroaéreos negativos, ampolla rectal ocupada. Se realiza placa de abdomen con niveles hidroaéreos sin aire distal y ecografía: distensión gaseosa intestinal con fecaloma y globo vesical de 2 L. Se indica ayuno, enemas y catárticos con buena respuesta. Colon por enema compatible con enfermedad de Hirschsprung. Se constata megacolon y megavejiga y se realiza biopsia que informa células ganglionares presentes en los plexos, se solicita revisión y marcación inmunohistoquímica que demuestra células ganglionares inmaduras; resultado compatible con displasia neuronal intestinal. Se dan pautas alimentarias y se otorga egreso hospitalario con seguimiento ambulatorio.

### CASO CLÍNICO 2

Paciente de 10 años consulta por vómitos y dolor epigástrico urente con pérdida de peso, de 2 meses de evolución. Al examen físico: abdomen blando depresible con palpación de tumoración móvil en epigastrio, ruidos hidroaéreos aumentados. Se realiza placa abdominal con nivel hidroaéreo alto y ecografía: intestino distendido paredes engrosadas, posible suboclusión. Ante la sospecha de cuerpo extraño se solicita seriada esófago-gastro-duodenal: estómago ocupado por contenido que abarca cuerpo, antro y parte de duodeno compatible con tricobezoar. Se decide realizar gastrotomía con exéresis de tricobezoar y rafia gástrica. Inicia seguimiento por salud mental donde la paciente admite mordorse el pelo negando la ingesta. Se otorga egreso hospitalario asegurando seguimiento por psicopatología.

### CONCLUSIÓN

Multiplicidad de patologías pueden cursar con ileo. Algunas de presentación infrecuente pueden acarrear un impacto nutricional importante y elevada morbimortalidad por lo que es preciso tenerlas presentes.

## LESIÓN ABDOMINAL ASOCIADA A MALTRATO INFANTIL. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
178

Baliatti J.<sup>1</sup>; De Lillo L.<sup>2</sup>; Mazzeo C.<sup>3</sup>

HOSPITAL ELIZALDE<sup>1 2 3</sup>

julieta\_baliatti@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El síndrome del maltrato infantil es un importante problema de salud de carácter universal, que resulta de una compleja interacción de los factores de riesgo del individuo, la familia y la sociedad. Las lesiones viscerales constituyen la segunda causa de muerte por maltrato luego de los traumas del sistema nervioso central.

### OBJETIVO

Alertar a nuestros colegas sobre sospecha de maltrato infantil a partir de lesiones abdominales.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 8 años de edad, previamente sana, que consulta en guardia por dolor abdominal y vómitos alimenticios incoercibles de 48hs evolución. Se observa adelgazada y al examen físico se ausculta soplo sistólico funcional, presentando dolor abdominal a la palpación en región epigástrica y periumbilical. Es de tipo opresivo, intensidad 10/10, que cede por momentos y se acompaña de vómitos. Laboratorio dentro de parámetros normales.

La ecografía abdominal muestra en la región del compás aortomesentérico imagen fija de límites definidos contenido mixto a predominio líquido con tabiques, de 105x35x55 mm. Se interna para control, diagnóstico y tratamiento. Al ingreso se realizó TC de abdomen con contraste: detecta una imagen ahusada de 120x40x51mm, atraviesa línea media abriendo

compas aortomesentérico con ocupación de la luz de duodeno en la segunda y tercera porción. Junto al servicio cirugía se cierra el caso como pseudoquistes pancreático, probablemente secundario a un traumatismo abdominal a pesar de no presentar antecedentes. Pasadas las 48 hs. de su ingreso se interroga en forma dirigida sobre maltrato y la niña relata episodios de traumatismos por parte de su padre sobre el abdomen y otras regiones del cuerpo desde hace un mes. Se solicita intervención al servicio de Violencia Familiar y Consejo del niño, niñas y adolescentes. Durante la internación, comienza con vómitos biliosos por lo que se decide ayunar e iniciar nutrición parenteral por acceso central. No se toma conducta quirúrgica y solo se espera evolución con seguimiento ecográfico semanal.

### DISCUSIÓN

El traumatismo abdominal origina una disrupción del conducto pancreático principal o alguna de sus ramas, produciendo a las cuatro-ocho semanas la formación del pseudoquiste pancreático. Su diagnóstico se basa en los antecedentes, clínica e imágenes. Entre los posibles diagnósticos diferenciales en los niños, siempre debemos descartar maltrato.

### CONCLUSIÓN

La lesión visceral como consecuencia de maltrato infantil es poco frecuente por lo cual requiere un alto índice de sospecha, generando un verdadero reto para el médico.





## DERRAME PERICÁRDICO POR VSR EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN: A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
179

*Porrino G.<sup>1</sup>; Eiras M.<sup>2</sup>; Medlej N.<sup>3</sup>; Celotto M.<sup>4</sup>; Rubio M.<sup>5</sup>; Winter L.<sup>6</sup>; Tonello M.<sup>7</sup>; Rios C.<sup>8</sup>*

HOSPITAL HIGA EVA PERON SAN MARTIN<sup>12345678</sup>

gigo\_gisela@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El Virus Sincicial Respiratorio (VSR) es el agente causal más frecuente de infecciones del tracto respiratorio inferior en menores de 1 año. Las infecciones por VSR producen manifestaciones pulmonares y extrapulmonares, entre ellas complicaciones cardiovasculares. La pericarditis es una complicación poco frecuente en bronquiolitis por VSR por lo que no se tiene en cuenta como diagnóstico diferencial.

### OBJETIVO

Presentación de un caso clínico para aportar conocimientos sobre las complicaciones poco frecuentes pero con claras asociaciones como son el derrame pericárdico en pacientes con Síndrome de Down, que se encuentran cursando un cuadro de IRAB por VSR.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 11 meses de vida, con Sme de Down, CIA, hipotiroidismo congénito, desnutrición y epilepsia, que ingresa a sala de internación por Neumonía y Bronquiolitis por VSR. Presenta radiografía de tórax que evidencia cardiomegalia simétrica, silueta cardiaca en botellón e infiltrado paracardíaco derecho. Se realiza interconsulta con Cardiología por dicha imagen y cardiopatía congénita de base, solicitándose ecocardiograma, que informa derrame pericárdico moderado a severo. Ante dicho cuadro se plantearon diversos diagnósticos diferenciales, descartándose las diferentes causas, entre ellas hipotiroidismo (hormonas tiroideas normales), pericarditis y miocarditis bacteriana (troponina, CPK y ECG normales) e hipoalbuminemia (albúmina y proteínas

totales normales), por lo que se interpretó el derrame pericárdico como complicación secundaria a infección por VSR. El paciente recibe tratamiento evolucionando favorablemente de su aspecto respiratorio. Permaneció sin descompensación hemodinámica, indicándose tratamiento conservador, con controles ecocardiográficos seriados. Actualmente se encuentra en seguimiento ambulatorio con buena evolución clínica y derrame en resolución.

### CONCLUSIÓN

Si bien el derrame pericárdico es una complicación poco frecuente de las infecciones por VSR, nos resulta importante la presentación de este caso para tenerlo presente como diagnóstico diferencial, principalmente en pacientes con Síndrome de Down, al presentarse con mayor incidencia en esta población.

## POLIOMIELITIS POST-VACCINAL: A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
180

*Acevedo M.<sup>1</sup>; Olivera M.<sup>2</sup>; Perez M.<sup>3</sup>; Morales J.<sup>4</sup>*

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA<sup>1234</sup>

msoledad\_acevedo@hotmail.com

### INTRODUCCION

La vacuna antipoliomielítica oral (OPV) contiene un virus vacunal atenuado que se multiplica en el intestino, generando la producción de anticuerpos que confieren la inmunidad. Sin embargo, el uso de OPV conlleva a ciertos riesgos, uno de ellos la poliomielitis parálitica asociada a la vacuna. Ocurre cuando revierte la neurovirulencia y causa parálisis en niños tanto inmunosuprimidos como inmunocompetentes. A pesar de que no hay una definición concreta, se la considera a cualquier parálisis flácida que ocurre entre el 4 y 40 día de recibido la OPV. La detección del virus vaccinal en una muestra del paciente es generalmente requerido para confirmar el diagnóstico. Debido a que la mayoría de los casos reportados fueron por poliovirus tipo 2, la OMS desarrolla un plan de reemplazar la OPV trivalente a bivalente (tipo 1 y 3). Sin embargo, presentaremos como caso clínico un niño de 3 meses que ingresa al Hospital interzonal agudos especializado pediatría Sor María Ludovica por parálisis flácida diagnosticando Poliomielitis parálitica asociada a vacuna tipo3.

### OBJETIVO

Presentar un caso de poliomielitis parálitica asociado a vacuna antipoliomielítica oral la cual su incidencia es muy baja.

### CASO CLINICO

Paciente de 3 meses de edad, sin antecedentes perinatales ni familiares de relevancia, que ingresa por presentar cuadriparesia flácida con neto compromiso de miembros inferiores de 24hs de evolución, CVAS y antecedente de vacunación OPV 15 días previos a la consulta. A examen

físico, ROT rotulianos y aquileanos (-), bicipitales (+). Moviliza dedos ante estímulos.

Exámenes complementarios:

CFQ de LCR: Gluc 0,40g/l, Prot 1,35g/l, 63 elementos (65% MN); PCR en LCR p/ HSV, CMV, VZV: Negativos (Instituto MALBRAN)

Eco Cerebral y RNM: Normal; Laboratorios: Dentro de parámetros normales; HIV, toxo, HBV, HCV, CMV, Chagas, VDRL: No reactivo

Dosaje Ig y Pob Linfocitarias: Dentro de parámetros normales

Hisopado Rectal: N°1 y N°2 positivos (poliovirus tipo 3)

EMG con Velocidad de Conducción: EMG con actividad denervatoria aguda en ambos MMII

Se realiza notificación a la autoridad sanitaria correspondiente por vía del servicio de epidemiología, quien notifica el caso correspondiente de ESAVI.

El niño es dado de alta luego del seguimiento con Servicio de Rehabilitación el cual continuara de forma ambulatoria con el fin de reducir secuelas.

### CONCLUSION

Poliomielitis asociada a la vacunación como causa de parálisis flácida en lactantes quienes han recibido OPV o quienes estuvieron en contacto con un vacunado debe ser el principal diagnóstico a descartar a pesar de su baja incidencia. Su diagnóstico precoz permitirá iniciar medidas de rehabilitación con fin de disminuir secuelas. En el 2016 se modificó el calendario de vacunación argentino incluyendo en las dosis de 2 y 4 meses a SALK, continuando el esquema con OPV.



## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENCEFALITIS EN PEDIATRÍA: A PROPOSITO DE 3 CASOS

RPD  
181

Tapia Veintemillas W.<sup>1</sup>; Pedersolli M.<sup>2</sup>; Otegui Banno C.<sup>3</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARIA LUDOVICA<sup>1,2,3</sup>  
wilsonmania2@hotmail.com

Se denomina encefalitis a la inflamación del encéfalo asociado a una alteración de las funciones cerebrales. La contigüidad de las estructuras del SNC hacen que se presenten cuadros mixtos (meningoencefalitis, encefalomielitis). La etiología está determinada por agentes infecciosos y no infecciosos, cobrando interés las causas inmunomediadas: encefalitis autoinmune (EA), encefalomielitis disemida aguda (EMDA).

### OBJETIVO

Describir la presentación clínica de encefalitis en pediatría basado en 3 casos de diferente etiología. Los pacientes presentados a continuación fueron previamente sanos en todos los casos.

### CASO 1

Masculino de 16 meses ingresa por convulsión febril compleja TCG y focal motora. Evolución: alteración del sensorio. TAC de encéfalo normal. LCR: Glu 0,56g/L Prot 0,14g/L Cél 1/mm<sup>3</sup>. Tratamiento empírico con Ceftriaxona y Aciclovir EV. Cultivo de LCR (-). EEG trazado integrado bilateralmente por actividad lenta, irregular, sin paroxismos. RT-PCR para HV1 en LCR Detectable. Dx: ENCEFALITIS POR VH1. Evoluciono favorablemente sin secuelas, cumplió tratamiento con Aciclovir 14 días.

### CASO 2

Masculino de 7 años que presenta convulsión TCG y focal motora, vómitos, desorientación y disartria de 20 días de evolución. Por presentar depresión del sensorio y status convulsivo requiere ingreso a UCIP. LCR: Glu 0,65g/L Prot 0,40g/L Cél 122/mm<sup>3</sup> (MN 85%). TAC de encéfalo normal. EEG: actividad lenta bilateral de mediano y alto voltaje de predominio centro temporal izquierdo, sin paroxismos. PCR para VH1-2 en LCR No detectable. Ac anti-NMDA en LCR

(+). Serología para M pneumoniae IgM (+) IgG (+) 1/128. Tratamiento: IGEV 2 g/kg y pulso de metilprednisolona. Evolución: alucinaciones visuales, excitación psicomotriz, afasia de expresión, movimientos involuntarios coreo-atetosis, hemiparesia derecha. Dx: EA por Ac anti-NMDA.

### CASO 3

Masculino de 8 meses ingresa por estrabismo agudo convergente. Evolución: diplejía facial, ataxia y letargia. TAC de encéfalo normal. LCR: Glu 0,69g/L Prot 0,23g/L Cél 2/mm<sup>3</sup>. EEG: ondas lentas bilateralmente, sin paroxismos. RMN imágenes hiperintensas bihemisféricas en T2 y FLAIR con compromiso subcortical, ganglios basales y C3 a C5. Tratamiento: pulso de metilprednisolona con buena respuesta. Dx: EMDA

### CONCLUSIÓN

La encefalitis requiere un reconocimiento precoz para iniciar tratamiento empírico. El diagnóstico inicial es clínico y el definitivo requiere de exploraciones complementarias (EEG, TAC/RMN, PCR para virus en LCR).

## INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA A H1N1: PRESENTACIONES ATÍPICAS. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

RPD  
182

Landi Fraguglia M.<sup>1</sup>; Barrere M.<sup>2</sup>; Bonardo V.<sup>3</sup>; Cosentino M.<sup>4</sup>; Fernie L.<sup>5</sup>  
HOSPITAL BRITÁNICO<sup>1,2,3,4,5</sup>  
landisofia@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La situación epidemiológica actual alerta sobre la epidemia de influenza H1N1, cuya presentación típica cursa en forma de Infecciones Respiratorias Agudas Bajas (IRAB). Otras presentaciones incluyen cuadros neurológicos, miositis (influenza b) y fiebre prolongada con o sin neutropenia. En 2016 la circulación viral aumento precozmente comparada a 2015. Se elevó el número de casos internados de 1.87% a 27.9% según el Comité Nacional de Infectología.

### OBJETIVO

Describir presentaciones atípicas en pacientes con Influenza A H1N1 (IAH1N1). En otoño de 2016, de 14 pacientes internados con PCR positiva para IAH1N1, 11 presentaron IRAB y 3 presentaron forma atípica.

### DESCRIPCIÓN DE CASOS:

- 1) Niña de 1 año, sin vacunación antigripal, presenta fiebre prolongada sin foco, radiografía torácica normal, leucocitosis, serologías virales negativas. VSNF positivo para IAH1N1. A las 12 hs. agrega somnolencia; se realiza PL (LCR normal) e inicia ceftriaxona, cultivos negativos. Por persistir febril se realiza TAC de tórax que evidencia neumonía apical derecha. Evoluciono con ataxia, inicia aciclovir que recibe hasta PCR para herpes negativa. RMN cerebro normal y EEG con ondas lentas, diagnosticándose encefalitis post viral.
- 2) Niña de 1 año de edad, sin vacunación antigripal, durante cuadro de ITU por E. Coli agrega catarro de vías superiores (CVAS) asociado a neutropenia febril. Presenta HMC x2 negativos, FSP normal y PCR positiva para I H1N1. Recibe oseltamivir por 5 días. Se diagnostica freno medular de origen viral.

- 3) Niño de 5 años, consulta por mialgias en MMII (miembros inferiores) e impotencia funcional asociado a CVAS y fiebre de 48 hs de evolución. Presenta radiografía de MMII y orina completa normal, laboratorio con aumento de CPK. Se interna para hiperhidratación; valor máximo de CPK obtenido: 8021, descenso progresivo con mejoría clínica. Se realiza VSNF rescatando Influenza A, recibe oseltamivir por 5 días. Serologías negativas, perfil reumatoideo y tiroideo normal. Se diagnostica miositis post infecciosa.

### CONCLUSIONES

La IRAB es la presentación más frecuente en infecciones por IAH1N1. Otras formas atípicas incluyen neutropenias febriles, encefalitis y miositis. La búsqueda de este agente como causal de estos cuadros es importante en el abordaje diagnóstico.



## ENFERMEDADES EMERGENTES EN PEDIATRÍA

Bickham D.<sup>1</sup>; Lepetic S.<sup>2</sup>; Mariñansky A.<sup>3</sup>; Díaz F.<sup>4</sup>; Curros R.<sup>5</sup>  
HOSPITAL OÑATIVIA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
darcyalejandro@hotmail.com

PO  
183

### OBJETIVO

Describir serie de casos de piomiositis y hematomas sobreinfectados (HS) por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMRC) en nuestro servicio, entre enero de 2009 a mayo de 2016 y analizar comparativamente la incidencia de dicha patología en relación a las características individuales de los pacientes pediátricos estudiados.

### MATERIAL Y METODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de revisión de historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de piomiositis o hematoma sobreinfectado.

### MICROBIOLOGIA

Se identificaron las cepas de SAMRC y la sensibilidad a meticilina utilizando el sistema Phoenix BD, según criterio CLSI. Análisis estadístico programa IBM SPSS 21. Se considero significativo un valor de p menor de 0.05.

### RESULTADOS

Entre enero de 2009 a mayo de 2016 encontramos 15 casos de piomiositis y 10 de hematomas sobreinfectados.

Piomiositis: Se registraron 15 casos desde 2009, 14 de los cuales ocurrieron entre 2012-2015 lo cual muestra un incremento significativo de esta entidad. Agente etiológico: SAMRC en todos los casos, sexo masculino 80%, edad media 9,6 años (IC 7.2 - 12). Localización: miembro inferior 80%, tórax 13% y miembro superior 7%. Diagnóstico bacteriológico: 100% por cultivo de lesión, 33% por hemocultivo. Complicaciones: osteomielitis 3 casos y neumonía 2 casos. Hematoma sobreinfectado: 10 casos, el agente etiológico fue el SAMRC en todos los casos, sexo masculino 70%. Edad media 6.8 años (IC

4.2-9.4). Localización: variable. Diagnóstico bacteriológico: 100% por cultivo de lesión, 30% por hemocultivo. Complicaciones: una adenitis abscedada. Estacionalidad: ambas entidades presentaron una frecuencia uniforme a lo largo de todo el año. La resistencia antibiótica hallada para trimetoprima-sulfametoxazol (TMS) es del 0% para piomiositis y HS. La resistencia a clindamicina es del 7% para piomiositis y del 0% para HS. La CIM a vancomicina fue menor de 2 ug/ml.

### CONCLUSIONES

La piomiositis y los hematomas sobreinfectados son entidades emergentes en nuestra comunidad. Se registro un aumento significativo a partir del 2013. El SAMRC es el agente etiológico responsable de las mismas. Piomiositis el cuadro clínico y sexo coincide con lo reportado. No así la edad media de 9.6 años (publicado: 5 a 9) Los niños no tenían comorbilidades descriptas para la piomiositis tropical como HIV, DBT, inmunocompromiso, salvo 10 niños con antecedentes de trauma, 1 de ejercicio intenso y 1 de picadura de insecto.

## ATAXIA AGUDA COMO COMPLICACIÓN DE OTITIS MEDIA AGUDA: APROÓSITO DE UN CASO

Martinez M.<sup>1</sup>; Suarez L.<sup>2</sup>  
HOSPITAL DURAND<sup>1,2</sup>  
luli\_martinez88@hotmail.com

RPD  
185

### INTRODUCCIÓN

La ataxia es un trastorno del movimiento intencional, voluntario, caracterizado por la pérdida de la armonía del mismo, debido a alteraciones del equilibrio y la coordinación.

Puede originarse a nivel del cerebelo y/o de sus vías aferentes y eferentes. Se diferencian 5 grupos patogénicos en función de su origen, pero los dos más frecuentes son el de origen vestibular y cerebeloso. Los otros tipos de ataxia como la central, la cordonal posterior y la radiculoneurítica son excepcionales en la edad pediátrica.

Para un correcto diagnóstico de la causa de la ataxia son varios los puntos que se deben tener en cuenta para determinar el origen de la misma. Son relevantes las características, los factores desencadenantes, signos y síntomas asociados, historia toxico- medicamentosa, antecedentes personales y familiares, exploración física y neurológica y pruebas complementarias.

### OBJETIVO

Presentar un caso de ataxia como complicación poco frecuente en una patología altamente prevalente en la infancia como la otitis media aguda. Se presenta a un paciente de 1 año y 9 meses que presenta inestabilidad de la marcha de 48hs de evolución. Se constata ataxia y lateralización de la marcha hacia la derecha, cursando cuadro de catarro de vía aérea superior asociado a fiebre. Presenta marcha estable con lateralización hacia la derecha, fauces congestivas, a la otoscopia se visualiza OMA en oído izquierdo. Los exámenes complementarios realizados fueron normales (Laboratorio, Tóxicos en orina, TC de cerebro).

Fue valorado por neuróloga quien luego de valoración clínica y exámenes complementarios normales, asume el cuadro como ataxia vestibular secundaria a otitis media aguda derecha.

La paciente permaneció 3 días internada, recibió tratamiento antibiótico cubriendo foco otico, con buena evolución clínica y marcha atáxica intermitente en recuperación.

### DISCUSIÓN

La ataxia en el paciente cursando OMA es debido a la laberintitis por la propagación de la infección siendo esta reportada recientemente como la complicación extra-craneal más frecuente.

La importancia del diagnóstico precoz reside en que la laberintitis supurada puede ser seguida de fistula perilaberintica y constituye muchas veces, la antesala de una meningitis, y en estadios más tardíos, de un absceso cerebeloso. El tratamiento en este caso consiste en miringotomía y antibióticos intravenosos.

### CONCLUSIONES

Es importante ante la valoración de un paciente con ataxia, poder considerar la laberintitis como complicación de una otitis media dentro de los diagnósticos diferenciales debido a la simplicidad en su diagnóstico, la posibilidad de su tratamiento y el curso benigno de la misma, a pesar de no ser la etiología más frecuente.



## HIPERTENSION VASCULORENAL EN EL ADOLESCENTE A PROPOSITO DE UN CASO



*Barrere Quiroga M.<sup>1</sup>; Indulski N.<sup>2</sup>; De La Ossa M.<sup>3</sup>; Rojo G.<sup>4</sup>; Fernie L.<sup>5</sup>*

HOSPITAL BRITANICO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5</sup>

mfbarrerequiroga@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Si bien sabemos la importancia de registrar la tensión arterial (TA) en el control del niño sano, la dinámica de la consulta pediátrica diaria ha cambiado, llevando al pediatra en muchas ocasiones a quitarle relevancia a dicha medición.

### OBJETIVO

Tomar conciencia de medir la TA en la consulta ambulatoria para lograr diagnósticos tempranos y evitar daño en órgano blanco.

### POBLACIÓN

Paciente masculino de 13 años sin antecedentes personales patológicos.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de adolescente que consulta a servicio de urgencias por epigastralgia, vómitos y cefalea crónica leve que presentó en domicilio registro aislado TA 180/100, con antecedentes familiares de HTA.

### RESULTADOS

Se inicia tratamiento farmacológico para HTA, sin mejoría. Se realizan estudios complementarios diagnosticándose estenosis de ambas arterias renales con compromiso de la función renal, hipertrofia de ventrículo izquierdo, estrechamiento arteriolar en fondo de ojo y aneurismas cerebrales. Se colocan stents en ambas arterias renales.

Dada la cronicidad de su enfermedad se realiza impedancia arterial periférica que demostró una distensibilidad muy disminuida para su edad haciéndose más dificultoso el tratamiento farmacológico. Por recibir medicación antiagregante se realizó tratamiento endovascular del aneurisma cerebral de mayor riesgo. Actualmente se encuentra en seguimiento por cardiología y neurocirugía.

### CONCLUSIONES

La determinación de la TA a partir de los 3 años en la consulta de niño sano, permite detectar casos de HTA asintomática, permitiéndonos realizar diagnósticos tempranos evitando complicaciones posteriores.

## ENFERMEDAD DE KAWASAKI. A PROPOSITO DE UN CASO



*Bickham D.<sup>1</sup>; Martignetti C.<sup>2</sup>; Mazza J.<sup>3</sup>; Díaz F.<sup>4</sup>; Ramos L.<sup>5</sup>*

HOSPITAL ONATIVIA<sup>1,2,3,4,5</sup>

darcyalejandro@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis aguda, sistémica, autolimitada, de etiología desconocida. El diagnóstico se basa en la presencia de más de 5 días de fiebre y cuatro de los cinco criterios clínicos (inyección conjuntival sin exudado, linfadenopatía cervical, eritema en palmas y plantas con descamación periungüeal, alteraciones en mucosa oral y exantema poriforme). Se cataloga con enfermedad de Kawasaki incompleta cuando no se cumplen con los criterios clínicos descriptos.

### OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico de enfermedad de Kawasaki incompleto.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de dos años de edad en tratamiento ambulatorio con amoxicilina más ácido clavulánico por cuadro de neumonía, que ingresa a la guardia en regular estado general, febril, con palidez generalizada, deshidratación moderada por diarrea acuosa de 24 hs y exantema polimorfo que compromete región peribucal, tronco, extremidades, palmas, plantas e ingle. Se lo interpreta como sepsis a probable foco enteral/respiratorio, se apoya con oxígeno, se realiza expansión con solución fisiológica 20 ml/kg, se constata leucocitosis y PCR elevada, se toman hemocultivo x 2, urocultivo, coprocultivo y se lo medica con ceftriaxona 80 mg/kilo/día. A las 48 hs mejora el estado general persistiendo su exantema de iguales características acompañado de fiebre, se realiza interconsulta con dermatología quienes no descartan la posibilidad de una farmacodermia

manteniendo igual conducta terapéutica. Se solicitan serologías para citomegalovirus, Epstein barr, hiv, test rápido de fauces siendo negativos. Tras cinco días de persistir febril, con cultivos negativos y agregarse conjuntivitis no exudativa, se sospecha enfermedad de Kawasaki incompleta, se realiza ecocardiograma sin evidencia de patología coronaria y por interconsulta con servicio de reumatología se confirma la sospecha. Se lo medica con gammaglobulina y ácido acetilsalicílico a dosis recomendadas observándose posteriormente mejoría y resolución de las lesiones. Manteniendo posteriormente controles pediátricos y por cardiología.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico es clínico y debe ser precoz para iniciar el tratamiento oportuno, ya que un retraso se asocia a un incremento de la incidencia de anomalías coronarias.

El mayor inconveniente se plantea con pacientes que no presentan todos los criterios de la enfermedad, por lo que es necesario un alto índice de sospecha, siendo cada vez más frecuente la descripción de estas formas.



## INTOXICACIÓN CRÓNICA POR PLOMO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Sorasio V.<sup>1</sup>; Murrone L.<sup>2</sup>; Glasman M.<sup>3</sup>; De Lillo L.<sup>4</sup>

HOSPITAL ELIZALDE<sup>1,2,3,4</sup>  
acinorev\_vgs@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La intoxicación por Plomo (Pb) es reconocida como la principal enfermedad ambiental prevenible de la niñez. Puede ocasionar alteraciones del neurodesarrollo, disminución del coeficiente intelectual, trastornos del comportamiento y la atención, anemia, nefropatía, problemas auditivos y retardo del crecimiento. Es necesario que el pediatra esté capacitado para pesquisarla.

### OBJETIVO

Descripción de un caso de intoxicación crónica grave por plomo relacionada con el hábito de pica.

### CASO CLÍNICO

Niña de 3 años, que concurre a la consulta en un centro de salud por presentar hábito de pica de 1 año de evolución (ingesta compulsiva de pintura de pared). Se le solicita laboratorio de rutina y plumbemia. Regresa a control 3 meses después, momento en el que se constata la presencia de anemia (Hb: 8,5 g/dl) y el resultado de la plumbemia (40 ug/dl), por lo que se deriva a la Unidad de Toxicología del HGNPE. Se realiza nueva plumbemia arrojando un valor de 80ug/dl. Persiste con anemia (Hb: 7,5g/dl). Al examen Físico: buen estado general, palidez, trastorno de conducta, irritabilidad y hábito de pica compulsivo. Se realiza tratamiento quelante con dos drogas (Edetato disódico de Ca y BAL). Hasta el momento la niña ha requerido cinco series de tratamiento quelante con Edetato disódico de Ca, y seguimiento por Servicio Hematología y Salud Mental.

### DISCUSIÓN

La intoxicación plúmbica sigue siendo una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país, de alto riesgo para la salud infantil. Puede ocasionar deterioro importante del área neurocognitiva. El hábito de pica en los niños es un factor de alto riesgo para la exposición al plomo ambiental.

### CONCLUSIÓN

Es importante considerar en la consulta pediátrica el diagnóstico de intoxicación por plomo, en todo niño que presente hábito de pica.

## SÍNDROME DE LYELL ASOCIADA A TERAPIA ANTIRRETROVIRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vela M.<sup>1</sup>; Grillo J.<sup>2</sup>; Rodríguez J.<sup>3</sup>; Coluccio M.<sup>4</sup>; Alonso M.<sup>5</sup>; Stratico R.<sup>6</sup>; Sanchez V.<sup>7</sup>; Reynoso F.<sup>8</sup>; Selandari J.<sup>9</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>  
mariavela\_5@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Lyell o Necrólisis Epidérmica Tóxica (NET) es la forma de presentación más grave dentro de las enfermedades inflamatorias agudas de piel y mucosas; presenta afectación mayor al 30 % de superficie corporal total (SCT) y compromiso sistémico, fisiopatología desconocida y descripto como reacción adversa a drogas. Tiene una mortalidad que oscila entre 30 y 40%. La presentación clínica es diversa, siendo el factor inicial de complicación es la exposición dérmica.

### OBJETIVO

Reportar el caso de una paciente que presentó farmacodermia severa secundario a medicación antirretroviral, no acorde a protocolos vigentes, por sospecha de abuso sexual.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 15 años con antecedente de internación en otro centro 10 días previospor sospecha de abuso sexual, recibió profilaxis con metronidazol, azitromicina, penicilina, ceftriaxona, zidovudina, lamivudina, nevirapina, presentando a los 5 días exantema maculopapular generalizado, por lo que se decide rotar esquema a emtricitabina, tenofovir y lopinavir. Consulta 3 días después por empeoramiento de exantema y lesiones flictenulares aisladas. Se interconsulta con dermatología infantil, evidenciándose rápida

progresión del cuadro en el transcurso de horas con lesiones ampollares en miembros superiores y cuello, con diagnóstico de síndrome de superposición indicando internación y tratamiento con corticoides y antihistamínicos. Ante la evolución tórpida del cuadro se decide suspensión de corticoides e inicio de gammaglobulina humana por 5 días. Se evidencia compromiso del 45 % de la SCT con lesiones tipo AB-A que requieren debridamiento quirúrgico, opioides para manejo del dolor y tratamiento general de sostén. Durante su evolución presenta registros febriles en varias oportunidades sin infección documentada y con conducta antibiótica expectante por buena estabilidad clínica y para evitar exposición a fármacos que no sean indispensables. Con buena evolución se otorga egreso sanatorial a los 18 días de internación.

### CONCLUSIÓN

Ajustarse a los protocolos actualizados sobre el manejo de emergencias infectológicas no solo permite una adecuada cobertura sobre los agentes involucrados, sino también un máxima reducción de costos para la salud de nuestros pacientes.





## REPORTE DE UN CASO: OSTEOMIELITIS POR *MICOBACTERIUM BOVIS*

Fortes P.<sup>1</sup>; De La Ossa M.<sup>2</sup>; Bonardo V.<sup>3</sup>; Fernie L.<sup>4</sup>

HOSPITAL BRITANICO<sup>1,2,3,4</sup>

fortespili@gmail.com

RPD  
190

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones por Mycobacterium (M) Tuberculosis son un problema de salud pública en Argentina. La vacuna BCG, creada a principios de siglo XX a partir de cepas atenuadas de M. Bovis, se encuentra en el esquema actual de vacunación, administrándose en el momento más próximo al nacimiento. En la mayoría de los niños la aplicación de dicha vacuna es inocua sin embargo, puede ocasionalmente producir reacciones adversas.

### OBJETIVO

Recordar posibles efectos adversos de la BCG a partir de un caso clínico que describe la infección por M. Bovis en huesos.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 9 meses de edad, de sexo femenino, previamente sano con calendario de vacunación completo para edad; que consulta a traumatología infantil por presentar dolor a la movilización y palpación de miembro inferior izquierdo. Niega traumatismos. Al examen físico no se observan signos inflamatorios en región de tibia distal.

Se realiza radiografía de miembro inferior que muestra imagen osteolítica en metáfisis de tibia izquierda distal con reacción periósticametáfisis-diafisaria. Sin presencia de colección. Se realiza cultivos de la lesión, hallándose escasos

bacilos positivos. Se realiza biopsia que informa osteomielitis granulomatosa asociada a BAAR.

Se completa abordaje diagnóstico con: Tac de tórax cerebro y abdomen normal (N), cultivo y citoquímico de LCR (negativo), HMCx2 (Negativo) y estudio inmunológico (N). Se cumplió tratamiento con estreptomina, isoniacida (I), rifampicina (R) y etambutol por 2 meses, luego R e I, vitamina B1B6B12 hasta la actualidad.

La paciente presenta mejoría clínica. Continúa en seguimiento con infectología y traumatología infantil.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La anatomía patológica indicó la presencia de una enfermedad granulomatosa asociada a BAAR. Teniendo en cuenta el antecedente de vacunación con BCG, el diagnóstico diferencial de osteomielitis por BCG debe considerarse. Es importante estudiar la inmunidad de estos pacientes, para descartar enfermedad granulomatosa crónica.

La incidencia de infecciones por M. Tuberculosis en Argentina es alta, por lo que, si bien la BCG es una vacuna atenuada, los beneficios de su aplicación superan los riesgos.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE POLICONDRITIS RECIDIVANTE

Nocita M.<sup>1</sup>; Romero Bollón L.<sup>2</sup>; Sbruzzi A.<sup>3</sup>; Diaz Marotte F.<sup>4</sup>; Schenone N.<sup>5</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5</sup>

flornocita@gmail.com

RPD  
191

### INTRODUCCIÓN

La policondritis recidivante (PR) es una enfermedad rara, caracterizada por la inflamación recurrente de los cartilagos de todo el organismo, que provoca su destrucción y deformación. Se cree que es de etiología autoinmune.

### OBJETIVO

Presentar un caso de PR, proporcionando pautas clínicas para pensar en una entidad poco frecuente en pediatría.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años con síndrome de Moebius y traqueostomizada desde el 4° mes de vida, consulta por fiebre, tos y tumoración con signos de flogosis en pabellón auricular y tobillo derechos. Se interna con diagnóstico de IRAB y celulitis de tobillo y pabellón auricular derechos y se medica con Clindamicina, metilprednisona y salbutamol. Luego de 11 días es dada de alta. A las 72 hs por persistir con misma clínica, consulta en Hospital Elizalde, donde se realiza hemograma (hiperplaquetosis) y se interna para tratamiento EV con Vancomicina y Ceftriaxona. Al 4° día por persistir febril se decide rotar Ceftriaxona por Ceftazidime, manteniéndose afebril luego de 48 hs de dicho esquema, pero con mal manejo de dolor y persistiendo edema de ambas regiones. Al 7° día se agrega edema y eritema en pabellón auricular izquierdo, por lo que se sospecha condritis bilateral de pabellones auriculares, forma de presentación de PR, vs microtrombosis por hiperplaquetosis. Por constatar aumento del grosor y disminución de la consistencia del puente nasal, se refuerza el diagnóstico de PR y se

decide comenzar tratamiento con metilprednisona, obteniendo muy buena respuesta y descartando la sospecha de microtrombosis. A la semana el laboratorio de control evidencia disminución en reactantes de fase aguda y persistencia de hiperplaquetosis.

### DISCUSIÓN

En pediatría la prevalencia de la PR es menor al 5% y no suele asociarse a otras enfermedades autoinmunes. El diagnóstico se basa en la clínica, a partir de criterios diagnósticos (2 criterios mayores o 1 mayor + 2 menores):

- MAYORES: episodios de inflamación que comprometan el cartilago: auricular, nasal o laringotraqueal.
- MENORES: inflamación ocular, pérdida de audición, disfunción vestibular, artritis inflamatoria no erosiva.

No existen exámenes de laboratorio específicos, pero pueden encontrarse elevación en reactantes de fase aguda.

Debido a la baja prevalencia de la enfermedad, no existen ensayos clínicos para determinar la eficacia de las diferentes terapéuticas. Usualmente se utilizan corticoides como fármacos de primera línea. En casos refractarios se pueden usar fármacos inmunosupresores.

### CONCLUSIÓN

La PR debe ser sospechada en pacientes con afectación de cartilagos auriculares, asociada a artritis y alteraciones de la vía respiratoria. Es importante el diagnóstico precoz ya que se trata de una enfermedad grave, progresiva y potencialmente letal.



## SEGUIMIENTO CLÍNICO DE PACIENTE CON POLINEUROPATÍA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA CRÓNICA EN HOSPITAL DE DÍA PEDIÁTRICO, DEL HOSPITAL DE AGUDOS "CARLOS G. DURAND"

RPD  
192

Ballesta D.<sup>1</sup>; Marciano G.<sup>2</sup>; Zeltman C.<sup>3</sup>; Serrano N.<sup>4</sup>; Rivas M.<sup>5</sup>; Pucca M.<sup>6</sup>; Gilligan T.<sup>7</sup>

HOSPITAL DURAND<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
diegosballesta.db@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (PDIC) es un trastorno neurológico caracterizado por debilidad progresiva y función sensorial alterada de los miembros inferiores y superiores. Esta causada por una respuesta inmunitaria anormal que ataca la cubierta de mielina de los nervios. Aunque se puede presentar a cualquier edad y en ambos sexos, es más común en adultos jóvenes y en hombres más que en mujeres. Se trata de una patología poco frecuente en pacientes pediátricos

### OBJETIVOS

Presentar la evolución clínica de un paciente que realizó seguimiento multidisciplinario y tratamiento en el Hospital de Día Pediátrico de nuestro hospital.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 18 años, sin antecedentes a destacar, que consulta por parestesias, anestesia e hipoestesia térmica de ambos miembros inferiores, con paresia infrarotuliana progresiva de 3 meses de evolución.

Al examen físico presenta déficit sensitivo motor proximal y distal, simétrico con franco predominio de miembros inferiores, arreflexia patelar derecha y

aquiliana bilateral, hiporreflexia patelar izquierda, y reflejos osteotendinosos conservados en miembros superiores. Hipoestesia en bota bilateral.

Se realizaron exámenes de laboratorio que arrojaron como únicos datos positivos:

- Disociación albumino citológica en líquido cefalorraquídeo.
- Electromiograma: compromiso pronunciado de nervios periféricos en miembros inferiores con afectación mielínica y reducción de la actividad motora muscular de ambas piernas. Disminución de la velocidad de conducción y dispersión temporal de onda en nervios explorados, compatible con PDIC en 4 miembros; por lo que se inicia seguimiento por pediatras, neurólogos y kinesiólogos, y tratamiento con ciclos mensuales de gammaglobulina durante un año en hospital de día. Presenta evolución lenta pero favorable.

### CONCLUSIÓN

Considerando que es un hospital de agudos, contar con la posibilidad de seguimiento multidisciplinario y de tratamiento en un servicio de hospital de día, mejora la adherencia del tratamiento y control clínico de los síntomas, disminuyendo el tiempo de internación, reflejada en costos directos e indirectos.

## VÓMITOS EN PEDIATRÍA: ONDANSETRÓN Y METOCLOPRAMIDA. UN ESTUDIO DOBLE CIEGO RANDOMIZADO

PO  
193

Sorasio V.<sup>1</sup>; Murrone L.<sup>2</sup>; Gimenez E.<sup>3</sup>; García Pítaro L.<sup>4</sup>; Marconi F.<sup>5</sup>; Di Lalla S.<sup>6</sup>

HOSPITAL ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
<acinorev\_vgs@hotmail.com>

Opción a Premio

### INTRODUCCIÓN

Los vómitos son un motivo frecuente de consulta en pediatría pudiendo generar deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas y/o internación del paciente. Los fármacos más utilizados para su tratamiento son ondansetrón y metoclopramida. El ondansetrón actúa de manera selectiva como antagonista de receptores 5-HT<sub>3</sub> inhibiendo la liberación de Serotonina a nivel central. La metoclopramida es un bloqueante de receptores dopaminérgicos, particularmente tipo D<sub>2</sub>, tanto a nivel central como gastrointestinal.

### OBJETIVO

Evaluar si el uso del ondansetrón es más eficaz para el control de los vómitos persistentes que el uso de metoclopramida.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio clínico controlado, aleatorizado y doble ciego. Se incluyeron pacientes de 2 a 18 años de edad que concurren al servicio de urgencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde entre el 1 de diciembre de 2014 y el 29 de febrero de 2016, cuyo motivo de consulta fue presentar dos o más episodios de vómitos en las dos horas previas a la consulta. Se administraron antieméticos a todos los pacientes, un grupo recibió ondansetrón y el otro metoclopramida, ambas por vía oral. La variable de resultado fue la remisión de los vómitos, y de control fueron edad, sexo y asociación con diarrea.

### RESULTADOS

Se reclutaron 61 pacientes, de los cuales 2 se negaron a participar en el estudio y otros 5 fueron excluidos por no permanecer en observación el tiempo requerido según protocolo, por lo que se analizó un total de 54 pacientes. De ellos, 27 niños recibieron metoclopramida y 27 ondansetrón. Los dos grupos eran comparables en cuanto a la asociación a diarrea, sexo y edad. Se constató la remisión de los vómitos en 50 pacientes (27 del grupo ondansetrón vs. 23 del grupo metoclopramida. RR 0,25 IC95% 0,03-2,1). En 4 pacientes persistió la emesis, todos habían recibido metoclopramida y sólo uno requirió admisión en sala de internación.

### CONCLUSIÓN

Metoclopramida y ondansetrón tuvieron similar eficacia para el control de los vómitos persistentes.



## A PROPÓSITO DE UN CASO DE ABSCESO EPIDURAL ESPINAL POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS

RPD  
194

Dalzotto A.<sup>1</sup>; Lepetic S.<sup>2</sup>; Mariñansky A.<sup>3</sup>; Diaz F.<sup>4</sup>; Rolando F.<sup>5</sup>; Flamenco E.<sup>6</sup>

HOSPITAL ZONAL GENERAL DE AGUDOS DR. ARTURO OÑATIVIA.<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
agustinadalzotto@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El absceso epidural espinal (AEE) es una infección invasiva infrecuente siendo *Staphylococcus aureus* (SA) el agente causal más frecuente. La tríada clínica de dolor de espalda, fiebre y signos neurológicos no siempre está presente. Es una emergencia médico quirúrgica debido al riesgo de parálisis permanente.

### OBJETIVOS

Presentar una forma invasiva infrecuente de infección por SA meticilino resistente de la comunidad (SAMRC).

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 11 años consulta por guardia por dolor lumbar y fiebre de una semana de evolución. Antecedentes: forunculosis a repetición y traumatismo lumbar hace un mes. A su ingreso se realiza hemograma con recuento de leucocitos de 24300/mm<sup>3</sup> con 75% neutrófilos, proteína C reactiva 160 mg/L. Es evaluada por servicio de traumatología, quienes sospechan absceso de psoas, por lo que se toman hemocultivos x 2 y se medica con clindamicina 30 mg/kg/día. Con rescate de SA en hemocultivos de ingreso y fiebre persistente tras 48 hs de tratamiento se agrega al esquema vancomicina 40 mg/kg/día previa toma de hemocultivo, el cual fue negativo. La paciente presenta buena evolución y cese de registros febriles luego de 48 hs de tratamiento con vancomicina. Se realiza resonancia magnética la cual informa: imagen fusiforme de señal intermedia en espacio epidural anterior de L2 a L5 con disminución

del calibre del canal medular. Se interpreta AEE, se interconsulta con neurocirugía quienes determinan realizar descompresión quirúrgica. Se practica laminectomía derecha descubriendo anterior al saco te cal colección organizada, fibrótica, no aspirable (anatomía patológica: cocos gram +) y cultivo positivo SA. Se realiza Rx tórax, ecocardiograma no evidenciando focos metastásicos.

Presenta buena recuperación post quirúrgica cumple 14 días de tratamiento antibiótico ev (vancomicina-clindamicina), se da de alta con clindamicina vo para completar 21 días de atb.

### DISCUSIÓN

El AEE evoluciona en 4 fases: 1 dolor de espalda a nivel vertebral afectado; 2 el dolor radicular irradia a distal; 3 alteración motora y sensorial y/o disfunción vesical e intestinal; 4 parálisis. En las etapas 2 y 3 la médula está bajo amenaza y se requiere la descompresión quirúrgica urgente. En nuestro caso el diagnóstico fue en estadio 1, lo cual posibilitó tratamiento oportuno con buena respuesta, planteándonos la posibilidad de haber evitado la cirugía. La sospecha de AEE debe ser considerada como una emergencia médico-quirúrgica.

## SÍNDROME DE PRUNE BELLY CON HEMATURIA PERSISTENTE

RPD  
197

Miguelissi M.<sup>1</sup>; Rodriguez C.<sup>2</sup>; Gay D.<sup>3</sup>; Parada M.<sup>4</sup>; Gallardo R.<sup>5</sup>; Farfan R.<sup>6</sup>; Rojas Molina C.<sup>7</sup>

HOSPITAL CHURRUCÁ.<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
mmm\_ch@hotmail.com

### OBJETIVOS

Presentar un paciente con Síndrome de Prune Belly, con hematuria persistente sin alteración de la función renal.

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de prune belly (SPB) se presenta con una tríada característica: hipoplasia de musculatura abdominal, anomalías del tracto urinario y criptorquidia bilateral. La incidencia es de 1 caso por cada 40.000/50.000 recién nacidos vivos. Se clasifican en 3 grados según gravedad: grado 1 fallecen al nacer y grados 2 y 3 con sobrevida del 80%. Entre las complicaciones presentan alteraciones de las vías urinarias con o sin compromiso de la función renal y la hematuria es poco frecuente.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años con diagnóstico de SPB que se interna por presentar fiebre, disuria de una semana de evolución, y en las últimas 24 horas se asocia a hematuria, en tratamiento con Cefalexina en forma ambulatoria. Al ingreso se realizan exámenes de laboratorio, cultivos y se indica Ceftriaxona a 50 mg/kg/día por sospecha de infección urinaria. Se realiza ecografía renal y de vías urinarias donde se constata riñón derecho de tamaño disminuido con respecto al contralateral, con aumento de ecogenicidad, y ambos uréteres tortuosos. Los resultados de laboratorios informan función renal dentro de parámetros normales, sin leucocitosis, reactante de fase de aguda, PCR aumentada (14,9 mg/dl), Hemocultivos x 2 negativos y Urocultivo positivo a *Enterobacter Cloacale*. Sensible a

meropenem, imipenem, TMS, piperacilina-tazobactam, ciprofloxacina, nitrofurantoina, por lo cual se rota tratamiento antibiótico a meropenem a 60 mg/kg/día a cumplir 14 días.

Durante la internación el niño persiste con hematuria, que la resuelve posterior a los 10 días de internación, es evaluado por urología. Se repite urocultivo negativo y ecografía renal donde se constata: alteración de la relación parénquima-seno renal, por dilatación pielocalicial bilateral, uréteres tortuosos dilatados vejiga de paredes engrosadas e imagen ecogénica compatible con coágulo. El paciente resuelve el cuadro presentando buena evolución clínica, sin secuelas posteriores, derivándose a Pediatras de mediano riesgo, urología, nefrología y traumatología.

### CONCLUSIÓN

Destacar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de las complicaciones de una patología que se asocia a mal pronóstico con deterioro de la función renal y el manejo multidisciplinario del paciente.



## NEUMONÍA MULTIFOCAL ABSCEDADA SECUNDARIA A SEPSIS SEVERA A SAMR: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
198

Di Pietro Pozzi C.<sup>1</sup>; Pensa P.<sup>2</sup>; Manini P.<sup>3</sup>; Palmeiro L.<sup>4</sup>; Raitano P.<sup>5</sup>; Tuccillo P.<sup>6</sup>

HOSPITAL NAVAL<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

cardipi\_86@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Se han observado cepas de *S. aureus* meticilino-resistente de la comunidad (SaMRC), sin ninguna relación con las cepas de origen nosocomial y con un comportamiento clínico peculiar. Este patógeno genera infecciones de piel y tejidos blandos y formas particularmente graves como neumonías necrotizantes y hasta coagulación intravascular diseminada y hemorragia suprarrenal. Se ha observado que generan metástasis a nivel pulmonar, hueso, músculos, riñones y válvulas cardíacas. Estas metástasis pueden pasar desapercibidas durante los primeros días del tratamiento y manifestarse un mes después del episodio de bacteriemia.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de Neumonía multifocal abscedada secundaria a sepsis severa a SAMR.

### CASO

Paciente de 9 años de edad que comienza con cuadro de forunculosis en hombro derecho en tratamiento con cefalexina 48hs previas. Consulta por dificultad respiratoria y fiebre. En guardia se consta alteración hemodinámica por lo que se realiza expansión a 20 ml/kg con solución fisiológica. Se interna en sala de pediatría. Se toman HMCx2 (positivos 2/2 para SAMR) y se medica con vancomicina y ciprofloxacina según antibiograma. HMCx2 control negativos. Se estudian focos profundos donde se detecta derrame pericárdico laminar. Durante la misma el paciente comienza nuevamente con fiebre y dificultad respiratoria más dolor en punta de costado por lo que se realiza ecografía pleural donde se evidencia derrame. Por persistir febril

y sin mejoría clínica se solicita TAC toraco-abdominal en la que se observa absceso pulmonar en lóbulo superior izquierdo e imágenes hipodensas en ambos riñones compatibles con isquemias, función renal conservada. Por la presencia de absceso pulmonar se decide continuar tratamiento con vancomicina (31 días) y piperacilina tazobactam (21 días).

### CONCLUSIÓN

Las primeras infecciones por SAMRC cursaban de forma benigna. Con el uso indiscriminado de vancomicina se ha generado la resistencia antimicrobiana, en especial en cocos grampositivos. Se ha observado un aumento de pacientes colonizados o infectados con cepas de SaMRC en varones, de 5 años de edad media, de condiciones socioeconómicas bajas y con gran número de convivientes. Con una peor evolución y mayor mortalidad en pacientes con infecciones graves, como neumonía, con tratamiento retrasado en su inicio. Lo que llevo a plantearse el agregar clindamicina al tratamiento empírico inicial en dichas infecciones.

## LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE SECUNDARIA A GLOMERULONEFRITIS POSTSTREPTOCÓCICA: A PRÓPOSITO DE UN CASO

RPD  
199

Menoyo V.<sup>1</sup>; Gogorza M.<sup>2</sup>; Velazco T.<sup>3</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS SOR MARÍA LUDOVICA, LA PLATA<sup>1,2,3</sup>

vicky\_menoyo@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La leucoencefalopatía posterior reversible (LEPR) es una entidad clínico-radiológica que consiste en una encefalopatía aguda causada por afectación de la sustancia blanca cerebral que compromete principalmente las áreas posteriores del encéfalo. Los síntomas neurológicos son variables y habitualmente revierten. En pediatría se asocia a hipertensión arterial aguda generalmente secundaria a enfermedad renal, y dentro de estas la glomerulonefritis aguda postestreptocócica (GNAPE) es la más frecuentemente asociada a LEPR.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de un niño con GNAPE, con una complicación grave, poco usual y de evolución favorable.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño masculino de 10 años, previamente sano, que consulta por cefalea y vómitos de 12 horas de evolución. Durante el examen físico presenta una convulsión tónica clónica generalizada que cede tras la administración de benzodiacepinas. A su ingreso se constata tensión arterial (TA) 176/138 mmHg; FC: 68 lpm; FR: 24 rpm; T 36.5°; fauces congestivas, edema bipalpebral y en miembros inferiores; peso: 40 kg. Se solicita laboratorio: glóbulos blancos 23100/mm<sup>3</sup> (N74%; L20%; M6%) hemoglobina: 11.6 g/dl; hematocrito 35%; plaquetas: 349.000/mm<sup>3</sup>; glucosa 0.82 g/l; urea: 0.73 g/l; creatinina: 0.94 mg/dl. orina: pH6; densidad: 1020; hematuria +++; proteinuria+; tomografía de encéfalo simple: área hipodensa a nivel cortical bi-occipitoparietal;

radiografía de tórax: infiltrado intersticial perihiliar con cardiomegalia. Se realiza diagnóstico presuntivo de LEPR secundaria a síndrome nefrítico por lo que se indica furosemida. Por persistir con registros de TA elevados y presentar deterioro del sensorio ingresa a terapia intensiva con requerimiento de AVM, furosemida, goteo de nitroprusiato de sodio, y enalapril con buena respuesta, normalizando la presión arterial a los 4 días. Durante la internación en sala se recibe hisopado de fauces positivo a estreptococo B-hemolítico grupo A; C3: 0.190 g/l; C4: 0.068 g/l; ASTO: 499 UI/ml por lo que se confirma el diagnóstico de GNAPE, iniciando tratamiento con penicilina. Debido a buena evolución clínica se otorga alta hospitalaria con una TA de 110/60, peso: 34 kg y orina normal. A las 8 semanas se realiza RNM de encéfalo habiendo revertido las imágenes patológicas observadas en la tomografía inicial con C3 y C4 normales.

### CONCLUSIÓN

La LEPR debe ser fuertemente considerada como diagnóstico diferencial cuando aparecen síntomas neurológicos y alteraciones en las neuroimágenes en un niño con GNAPE. La reversibilidad del cuadro tanto clínico como imagenológico se puede lograr con un adecuado manejo de la hipertensión arterial.





## ECTOPIA LENTIS, HOMOCISTINURIA Y OPORTUNIDAD PÉRDIDA DE TRATAMIENTO PRECOZ. A PROPÓSITO DE 1 CASO

RPD  
200

Grillo J.<sup>1</sup>; Fraga J.<sup>2</sup>; Vela M.<sup>3</sup>; Rodriguez J.<sup>4</sup>; Garrido J.<sup>5</sup>; Escudero E.<sup>6</sup>; Selandari J.<sup>7</sup>; Bruno D.<sup>8</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

JUANANGELGRILLO@HOTMAIL.COM

### INTRODUCCIÓN

Las homocistinurias comprenden errores congénitos del metabolismo caracterizados por una elevada concentración de homocistina en plasma y orina por defecto de actividad de alguna de las enzimas implicadas en el metabolismo de la misma. Los niveles aumentados de homocistina afectan al sistema nervioso, ocular, osteoarticular y vascular.

### OBJETIVOS

Resaltar la asociación retraso madurativo más luxación de cristalino para diagnóstico de homocistinuria.

Revisar las formas clínicas de presentación para aumentar las competencias diagnósticas en esta entidad.

Resaltar la importancia terapéutica del diagnóstico precoz de esta entidad.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 5 años, derivado de otro centro con diagnóstico de neuritis óptica en tratamiento con pulsos de metilprednisolona (día 3). Comenzó 3 días previos con vómitos, agregando el último día fiebre, fotofobia, cefalea, y dolor ocular izquierdo. Se descartó meningitis con PL, cultivos y serologías. RMN de cerebro y órbita con cristalino en cámara anterior; se constata edema de papila, y se deriva para tratamiento.

Al ingreso: retraso madurativo, camptodactilia y midriasis izquierda parálitica.

Examen oftalmológico: Agudeza Visual: no evaluable. Examen ocular externo biomicroscópico OD: subluxación del cristalino, reflejo pupilar normal, midriasis farmacológica. OI: luxación de cristalino hacia inferior a cámara anterior, midriasis parálitica. Fondo de Ojo: OD: normal OI: papila

de bordes difusos, sobreelevada, hemorragias en llama, sin dolor. A las 48 horas presenta dolor agudo y ojo rojo izquierdo; se evidencia crisis hipertensiva ocular aguda secundaria al bloqueo pupilar sin respuesta a tratamiento tópico, realizándose facoexéresis con vitrectomía.

Se evaluaron como diagnósticos diferenciales: Síndrome de Marfán, Weill-Marchesani, Homocistinuria, Galactosemia. Se interconsulta con genética infantil que sugiere descartar homocistinuria por posición hacia inferior de cristalino. Se realizan estudios obteniéndose homocisteína en sangre y orina > 65 umol/l (VN 5-15), Metionina en orina 420 nmol/l (VN 11-37 nmol/l), confirmándose resultados por duplicado.

Se realiza vitrectomía con facoexéresis en ojo derecho en forma preventiva para evitar el bloqueo pupilar.

### CONCLUSIÓN

Debemos considerar el diagnóstico de homocistinuria en pacientes que presenten retraso madurativo asociados a afectaciones oculares ya que el diagnóstico y tratamiento temprano pueden mejorar la expectativa y calidad de vida.

## LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA, LA COMPLEJIDAD DE UN DIAGNÓSTICO

RPD  
201

Marino A.<sup>1</sup>; Bocanera J.<sup>2</sup>; Villalba S.<sup>3</sup>; Tomasino F.<sup>4</sup>; Torresi L.<sup>5</sup>; Kinen M.<sup>6</sup>; Chazarreta Cifre M.<sup>7</sup>; Escalante R.<sup>8</sup>; Escalante M.<sup>9</sup>; Hamui E.<sup>10</sup>; Luna M.<sup>11</sup>; Machado P.<sup>12</sup>; Romero G.<sup>13</sup>; Piatti F.<sup>14</sup>; Zirone S.<sup>15</sup>; Flynn L.<sup>16</sup>; Gallicchio M.<sup>17</sup>

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17</sup>

antom\_3393@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La linfocitosis hemofagocítica (LHH) es una entidad multicausal, caracterizada por proliferación generalizada, no maligna, de histiocitos con importante actividad hemofagocítica. El cuadro clínico comprende fiebre, hepatoesplenomegalia, citopenias, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia y hemofagocitosis. Se ha descrito una forma primaria familiar y una secundaria. La mortalidad es alta, por lo que se debe mantener un alto índice de sospecha e iniciar tratamiento precoz.

### OBJETIVOS

- Determinar características clínicas y paraclínicas de la LHH
- Conocer los criterios presentes para lograr un diagnóstico precoz

### CASOS CLÍNICOS

#### CASO 1

Paciente de 50 días, eutrófico, bien inmunizado, sano previo, antecedente de hermano fallecido por infección a citomegalovirus (CMV) congénito, ingresa a UCIP por síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Cultivos de sangre, médula ósea, orina y líquido cefalorraquídeo (todos PCR + a CMV). Biopsia de médula ósea (marcada hiperplasia de serie roja, sin hemofagocitosis). Estudios complementarios (pancitopenia, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipofibrinogenemia, aumento de transaminasas, LDH y ferritina). Perfil inmunológico (inversión de población CD4/CD8, hipogammaglobulinemia, y disminución de células NK). Por antecedente familiar se efectúan estudios moleculares a fin de descartar inmunodeficiencia primaria (síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X -gen SAP), y linfocitosis hemofagocítica (gen STX11,

STXBP2, UNC13D), normales. Se asume cuadro como LHH secundario a infección congénita por CMV. A pesar de las medidas instauradas el paciente fallece.

#### CASO 2

Paciente de 7 años, eutrófica, incompletamente inmunizada, antecedente de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B en remisión, ingresa a sala por cuadro de fiebre de 6 días de evolución, hepatoesplenomegalia y pancitopenia. Punción aspirativa de Médula ósea (Inmunomarcación negativa); Punción lumbar (Citocentrífugo normal). Hemocultivos, retrocultivo y urocultivo (negativos). Rx de tórax (normal). Serologías (dengue, VEB, toxoplasmosis, parvovirus B19 negativos). IgG-IgM CMV +, PCR CMV cuantitativa 1600 copias/ml; Estudios complementarios (hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia, aumento de ferritina, pancitopenia). Estudio inmunológico (hipogammaglobulinemia). Se asume cuadro como LHH secundario a infección adquirida por CMV, iniciando tratamiento endovenoso con Ganciclovir a 10 mg/kg/día (16 días), carga viral de CMV de control no detectable, buena evolución clínica de la paciente, regular mejoría bioquímica, continua tratamiento vía oral con Valganciclovir.

### CONCLUSIÓN:

La LHH se presenta asociada a múltiples entidades nosológicas graves, con alta letalidad. El uso de criterios simplificados es un recurso muy valioso para una adecuada caracterización de la LHH. La elevada mortalidad y la posibilidad de modificar el pronóstico proporcionalmente a la rapidez en iniciar tratamiento, implica que deba tomarse en cuenta de inicio como parte de los planteos diagnósticos.





## SINDROME MIELODISPLÁSICO Y LEUCEMIA MIELOIDE MONOCÍTICA JUVENIL EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
202

*Bruno D.<sup>1</sup>; Saciuk C.<sup>2</sup>; Grillo J.<sup>3</sup>; Vela M.<sup>4</sup>; Rodriguez J.<sup>5</sup>; Coluccio M.<sup>6</sup>; Parias R.<sup>7</sup>; Vera F.<sup>8</sup>; Selandari J.<sup>9</sup>*

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>

danielabruno.db@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Los Síndromes Mielodisplásicos (SMD) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades clonales, que se caracterizan por una hematopoyesis inefectiva con alteraciones funcionales y morfológicas de los progenitores, desarrollo de citopenias periféricas y la posibilidad de evolucionar a leucemia mieloide aguda. Su incidencia aumenta con la edad, con una media entre 65-70 años; siendo menos del 5% de los casos diagnosticados en edades pediátricas. La leucemia mieloide monocítica juvenil representa 1-2% de las leucemias en pediatría.

### OBJETIVO

Reportar el caso de leucemia mieloide monocítica juvenil en paciente pediátrico.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 2 años 7 meses, con antecedentes de atopía y múltiples infecciones cutáneas de tratamiento tópico, derivada por leucocitosis y plaquetopenia relacionada a gastroenteritis.

Al ingreso se constatan: lesiones eczematosas a predominio de torso, xerosis generalizada, esplenomegalia (dura) 5 cm debajo de reborde costal. Adenopatías generalizadas en rango no adenomegálico. Laboratorio: Hto: 36 %, Hb: 11.5 gr/dl, GB: 27.600 mm<sup>3</sup> (33/4/2/23/38), LDH: 783 U/L, Plaquetas: 58.000 mm<sup>3</sup>, resto normal. Se descartan causas infecciosas con serologías negativas. GAME normal, se realizan: Frotis: Eritroblastos 5%, macroplaquetas, anisopoiquilocitosis, target-cell, dacriocitos, euzistocitos, elementos reactivos dismórficos. PAMO:

elevada celularidad con incremento de formas inmaduras y diferenciación CD34 correspondiente a formas mieloides. Por plaquetopenia persistente y estudio no concluyente, se repite PAMO al mes, obteniéndose: patrones displásicos en poblaciones mieloides y eritroide sugerente de proceso mielodisplásico. Citogenético de MO: normal. La paciente evoluciona con leucocitosis progresiva, valor máximo 80.000 GB mm<sup>3</sup> iniciándose tratamiento con 6-Mercaptopurina y Metilprednisona (60 mg/m<sup>2</sup>) con rápida respuesta y descenso progresivo de serie blanca hasta su normalización. Con BCR/ABL normal y detección de Mutación en el gen KRAS se interpreta como leucemia mieloide monocítica juvenil (LMMJ). Actualmente con tratamiento de sostén que incluye transfusiones diarias de plaquetas, en plan de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH).

### CONCLUSIÓN

A pesar de la baja frecuencia en pediatría, rescatar el valor del hemograma convencional para la sospecha de leucemia monocítica en presencia de monocitosis (valor máximo normal 500/mm<sup>3</sup>) sin linfocitosis más plaquetopenia, aun sin anemia ni neutropenia.

## NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PEDIATRÍA

*De La Torre M.<sup>1</sup>; Martínez J.<sup>2</sup>; Sanchez Bustamante M.<sup>3</sup>*

HOSPITAL FEDERICO FALCON<sup>1 2 3</sup>

rosaritodelatorre@hotmail.com

RPD  
203

### INTRODUCCIÓN

La necrosis del parénquima pulmonar es una complicación grave de la neumonía aguda de la comunidad (NAC). La mayoría de los casos es generada el *St Pneumoniae* o el *St Aureus*, más raramente *St del grupo A*, *Legionella*, *Aspergillus* y *M. pneumoniae*.

### OBJETIVO

Describir el caso de una paciente con neumonía necrotizante atendida en el Hospital Federico Falcon. Revisión de la bibliografía.

### DESARROLLO

Niña de 14 años que consulta por dolor en puntada de costado, hemoptisis y fiebre. Previamente sana, ambos padres con TBC tratada antes de su nacimiento. Al ingreso se encontraba en REG, adelgazada y con facies de dolor. Del examen físico se destaca regular mecánica ventilatoria, hipoventilación generalizada, celulitis en mentón y ganglios submaxilares reactivos. Se realizaron hemocultivos, Rx de tx que muestra imágenes que impresionan bullas o cavernas e inició tratamiento con ceftriaxona y clindamicina. El hemograma mostró leucocitosis con neutrofilia, se colocó ppd (0mm) y se tomaron esputos con resultados directo y cultivo negativo. La ecografía informó condensación bilateral con pequeño derrame izquierdo. Por HMC +/- para SAMR sensible a clindamicina cumple 14 días endovenoso, continuando con TMS por vía oral. Una vez resuelta la hipoxemia se realiza TAC de tx que evidencia lesiones compatibles con bullas y áreas de necrosis. Se interconsulta con el servicio de neumotisiología e infectología del HNRG quienes

desestiman TBC y coinciden en el diagnóstico de NAC NECROTIZANTE. Continuó seguimiento por dichos servicios a fin de evaluar días totales de antibiótico.

### DISCUSIÓN

La neumonía necrotizante es una complicación de la NAC. Está relacionada con el patógeno y afecta principalmente a personas con factores predisponentes. Cuando es causada por el *S. Aureus*, la patogenia se relaciona con una toxina: la PVL (panton valentin leukocidin) que genera lesiones necrotizantes en piel y otros órganos como el pulmón. El 85% de los SA de la comunidad fueron PVL positivo.

Se debe considerar en pacientes con fiebre prolongada o estado séptico. El diagnóstico se realiza por medio de Rx Tx o TAC con contraste. En la primera se visualiza condensación con cavitaciones de bordes definidos. En la tac es característico ver cavidades subpleurales. La disminución del contraste en el parénquima se debe a hipoperfusión, que puede evolucionar a necrosis.

Debe hacerse un curso extensivo de antibióticos. La duración dependerá de la clínica del paciente, generalmente 4 a 6 semanas totales o 2 semanas luego de que el paciente esté afebril y con franca mejoría.

### CONCLUSION

Se debe sospechar en NEUMONIA NECROTIZANTE en pacientes cursando neumonía con mala evolución con o sin lesiones en piel que hagan pensar en *S. Aureus*.



## ENFERMEDAD DISEMINADA POR BCG. "A PROPÓSITO DE UN CASO"

Vallejo E.<sup>1</sup>; Londoño A.<sup>2</sup>; Diaz-granados J.<sup>3</sup>

HOSPITAL CENTRAL DE PEDIATRÍA DR. CLAUDIO ZIN<sup>1,2,3</sup>  
erikajudithvallejo@gmail.com

RPD  
204

### INTRODUCCIÓN

La vacuna BCG (Bacilo Calmette-Guérin), está compuesta por bacterias vivas atenuadas de *Mycobacterium bovis*. Ha demostrado protección contra la tuberculosis. En Argentina, está recomendada su administración al nacimiento. El Síndrome de Susceptibilidad Mendeliana a enfermedades por *Mycobacterias*, se trata de un defecto heredado en una molécula del sistema inmunológico. Una de ellas es la deficiencia de la cadena b-1 del receptor IL12, que predispone a infecciones por micobacterias.<sup>1</sup>

### OBJETIVO

Presentar paciente con adenitis axilar. BAAR positivo y enfermedad diseminada por BCG asociado a la deficiencia del receptor b-1 de IL12.

### DESCRIPCIÓN

Femenina de 2 años quien recibió vacuna BCG a los siete días de vida. Consulta al tercer mes de vida por presentar adenomegalia axilar derecha, con signos de flogosis; impresionaba adenitis piógena. Por empeoramiento clínico y mala respuesta a antibioticoterapia oral; se decide internación. Se realiza exéresis del ganglio cuya anatomía patológica reporta linfadenitis granulomatosa con BAAR (+++); cultivo de lesión y hemocultivos positivos para *Mycobacterium Bovis* variedad BCG. La madre comenta que su hijo mayor tiene diagnóstico de inmunodeficiencia primaria, sin seguimiento (diagnosticado Hospital Garrahan). En conjunto con el servicio de inmunología de dicho Hospital; se diagnostica deficiencia completa de la cadena b-1 del receptor de IL12. Se inicia esquema para enfermedad BCG diseminada. Presentando

a los 2 meses negativización de los hemocultivos para *M. Bovis* y lavados gástricos negativos para BAAR. En tratamiento con antimicrobianos e InterFeron Gamma Ib recombinante.

### CONCLUSIÓN

Entre las inmunodeficiencias primarias, la incidencia de defectos asociados a la interleuquina 12, es baja. Las tasas de mortalidad por enfermedad diseminada por BCG notificadas oscilan entre 50 y 70%.<sup>2</sup> Es importante que el equipo de salud y los convivientes del paciente con inmunodeficiencia primaria diagnosticada, conozcan correctamente y tomen conciencia de la importancia del plan de inmunización especial. La deficiencia completa de la cadena B-1 del receptor de IL12, al momento, no posee un tratamiento curativo. La administración de de InterFeron Gamma Ib recombinante, reduce la actividad bactericida y su uso concomitante con el tratamiento o profilaxis antimicrobiana, disminuye cerca del 50% el número y la gravedad de las infecciones.<sup>3</sup>

### BIBLIOGRAFÍA

1. Pedraza S. Infecciones por *Mycobacterium* y *Salmonella* en pacientes con inmunodeficiencias asociadas al circuito IL-12/IL-23-IFN-g: aspectos biológicos y clínicos. *ENF INF MICROBIOL* 2007 27 (3): 88-99.
2. Sociedad argentina de Pediatría subcomisiones, comités y grupos de trabajo. Vaccines in primary immunodeficiencies patients. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(5):454-464.
3. Rosenzweig, S. D. y S. M. Holland, "Defects in the inter-feron-gamma and interleukin-12 pathways", *Immunol Rev*, 203, 2005, pp. 38-47.

## SHOCK CARDIOGÉNICO EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Defazio E.<sup>1</sup>; Ríos C.<sup>2</sup>; Romero J.<sup>3</sup>; Tonello L.<sup>4</sup>; Rufach D.<sup>5</sup>; Winter L.<sup>6</sup>  
HIGA EVA PERON DE SAN MARTÍN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
elianadefazio@hotmail.com

RPD  
205

### INTRODUCCIÓN

El Shock cardiogénico es un estado de inadecuada perfusión tisular debida a severa disfunción miocárdica. Es una forma de shock infrecuente en pediatría. Las etiologías se pueden agrupar en cardiopatías congénitas, arritmias, miocardiopatías y trauma. Resulta importante su identificación porque su manejo inicial y tratamiento difiere de los otros tipos de shock.

### OBJETIVOS

Describir 3 casos de presentación de shock cardiogénico ingresados en el hospital, poner énfasis en el reconocimiento del estado hemodinámico a fin de orientar el diagnóstico y de este modo, indicar el tratamiento específico.

### DESCRIPCIÓN DE CASOS

1. Paciente de 14 meses, eutrófica. Consulta por dificultad respiratoria. A las 6 hs, presenta hipoperfusión periférica e inestabilidad hemodinámica. Al inicio de la reanimación presenta paro cardiorrespiratorio, requiriendo RCP avanzada. Ingresada en ARM y se inicia infusión de sustancias vasoactivas. Ecocardiograma Doppler: Miocardiopatía dilatada del ventrículo izquierdo (VI) con disfunción severa e insuficiencia mitral (IM) leve. Inicia tratamiento con Gammaglobulina y Levosimendán por sospecha de Miocarditis. Se aísla Enterovirus. La paciente requirió trasplante cardíaco.

2. Lactante de 10 meses, desnutrida, consulta por taquicardia, palidez y dificultad respiratoria. Presenta paro cardiorrespiratorio, revierte con maniobras de RCP básica. Se conecta a ARM, presentando shock refractario a volumen e inotrópicos. Cardiomegalia severa con signos de isquemia en cara lateral del VI en el ECG. El Ecocardiograma Doppler confirma una Anomalía de implantación coronaria izquierda (ALCAPA), IM severa, Miocardiopatía dilatada de VI con isquemia de músculos papilares, disfunción severa biventricular, hipertensión pulmonar (HTP). Se deriva a cirugía.
3. Paciente de 2 meses, sin antecedentes patológicos. Ingresada por síndrome bronquiolítico. Se conecta en ARM por insuficiencia respiratoria. Presentaba pulsos ausentes en miembros inferiores, hepatomegalia, 3er ruido con galope, cardiomegalia severa. Ecocardiograma Doppler: Coartación de aorta severa, HTP, VI dilatado con disfunción severa. Se deriva a cirugía.

### CONCLUSIÓN

Todos los pacientes ingresaron por dificultad respiratoria y signos de bajo gasto cardíaco. El examen clínico fue orientativo de la etiología cardíaca. Los estudios complementarios, radiografía, ECG y el ecocardiograma Doppler fueron decisivos para el diagnóstico y la toma de conductas intervencionistas.



## ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA EN PACIENTES CON SÍNDROME NEFRÓTICO: EN BÚSQUEDA DE LA CAUSA

RPD  
206

Bellofatto L.<sup>1</sup>; Alonso M.<sup>2</sup>; Vela M.<sup>3</sup>; Rodriguez J.<sup>4</sup>; Selandari J.<sup>5</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5</sup>  
lucibelofatto@yahoo.com.ar

### INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico es una patología frecuente en la infancia. El estado de hipercoagulabilidad predispone a fenómenos tromboembólicos con una incidencia de 2% en niños, con mayor afectación del sistema venoso (81%). La trombosis de senos venosos es una complicación rara pero grave. Dentro de su presentación predomina la disminución del sensorio, manifestación clínica que comparte con otras alteraciones secundarias más frecuentes, lo que retarda el diagnóstico determinando su elevada morbimortalidad.

### OBJETIVO

Ante un paciente con diagnóstico de síndrome nefrótico con disminución del estado de conciencia, con causas frecuentes descartadas, investigar la trombosis de senos venosos.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 2 años, con diagnóstico de síndrome nefrótico diagnosticado 10 meses previos, cursando recaída durante tratamiento en días alternos, presenta somnolencia, cefalea y vómitos de 24 horas de evolución.

Al ingreso: regular estado general, tendencia al sueño, mucosas secas, ascitis, edemas en miembros inferiores, diuresis negativa de 8 horas de evolución. Laboratorio: Hto 42.5%, Hb: 14.6 gr/dl, GB: 30800/mm<sup>3</sup> (N72%/L 21%/M 7%), glucemia 105 mg/dl, urea 32 mg/dl, creatinina 0.5mg/dl, Na<sup>+</sup> 129, K<sup>+</sup> 4.9, Cl<sup>-</sup> 105, Albúmina 1.9 Gr/l, Ca<sup>++</sup> 8, Mg<sup>++</sup> 2, P<sup>+</sup> 5, índice proteinuria/creatininuria 6.4.

Con persistencia de clínica neurológica, a pesar de la mejoría del estado de hidratación y del medio interno, se decide realizar punción lumbar para descartar causa infecciosa; obteniéndose citoquímico de LCR normal y cultivo negativo. Posteriormente, se realiza RMN y angiografía cerebral que evidencia ausencia de flujo en fase venosa en venas cerebrales profundas, senos recto, transversos y sigmoideos y venas corticales superficiales con defecto relleno luego de contraste, hallazgo compatible con trombosis de senos venosos en múltiples niveles. Dosaje sanguíneo de antitrombina III y factor VIII descendidos con proteínas S y C normales. Se instaura tratamiento con heparina de bajo peso molecular con mejoría de síntomas en 24 horas, sin secuelas neurológicas.

### CONCLUSIÓN

Considerar la trombosis de senos venosos como complicación posible en pacientes con síndrome nefrótico que presenten alteraciones neurológicas y/o signos de hipertensión endocraneana.

## ADENOPATIAS EN PEDIATRÍA

Lupo Y.<sup>1</sup>; Sanchez Bustamante M.<sup>2</sup>

HOSPITAL FEDERICO FALCON<sup>1 2</sup>  
yami86@gmail.com

RPD  
207

### INTRODUCCIÓN

Las adenopatías (AP) son motivo de consulta frecuente en pediatría y un hallazgo habitual en el examen físico (EF). Habitualmente la etiología es infecciosa, sin embargo un porcentaje menor es de causa neoplásica. Las características detalladas de las AP nos permitirán arribar a un diagnóstico precoz y no retrasar el tratamiento.

### OBJETIVO

Describir el caso de un paciente con adenopatías cervicales y diagnóstico final de Linfoma de Hodgkin (LH).

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Es traído a la consulta un niño de 6 años, sano, por presentar tumoración supraclavicular con extensión laterocervical derecha de > de 1 mes de evolución, asociado a fiebre intermitente. Previamente cumplió tratamiento con amoxicilina – ac. clavulánico cubriendo foco infeccioso odontógeno. Al EF se encontraba en buen estado, febril, tumoración supraclavicular y laterocervical derechas sin signos de flogosis con aspecto de conglomerado de adenomegalias (AM). No se encontraron visceromegalias ni foco infeccioso evidente. Se realizó Rx de tórax que evidencia ensanchamiento en mediastino superior y ecografía de partes blandas y abdomen donde se observan AM hipervascularizadas supraclaviculares, cervicales, retroperitoneales, en hilio hepático y esplénico más esplenomegalia heterogénea. La TAC confirma dichos hallazgos. Se interconsulta a servicio de hemato-oncología del HNRC

quien realiza PAAF y posteriormente biopsia ganglionar. Con resultados compatibles con LH se realiza PET para estadificación y se comienza tratamiento pertinente.

### DISCUSIÓN

Las AP son motivo de consulta frecuente en pediatría. Se denomina adenomegalia o adenopatía al aumento del tamaño ganglionar mayor a 1,5 cm de diámetro (2,25 cm<sup>2</sup>) o la aparición en una región no habitual. Se consideran patológicos los palpables en región supraclavicular, retroauricular, poplítea, ilíaca, y adenopatías mediastínicas o abdominales. La etiología de las AM es amplia y está asociada al grupo ganglionar afectado y tiempo de evolución. Frecuentemente son de causa infecciosa, especialmente las localizadas y de evolución aguda. Un 1% de las AM sin causa aparente son neoplásicas. Tienen mayor riesgo las de presentación subaguda o crónica y las que afectan a más de un grupo ganglionar. Se debe prestar atención en aquellas que persistan a pesar del tratamiento instaurado, las que no presentan flogosis, o tienen signos de malignidad (duro, adherido, no móvil).

### CONCLUSIÓN

Frente a un paciente con AP, arribar a un diagnóstico etiológico precoz permitirá comenzar el tratamiento adecuado rápidamente y disminuir la ansiedad y angustia de la familia y el paciente.



## SINDROME POLIGLANDULAR TIPO 3 EN PEDIATRÍA

Grillo J.<sup>1</sup>; Fantín S.<sup>2</sup>; Vela M.<sup>3</sup>; Rodríguez J.<sup>4</sup>; Parias R.<sup>5</sup>; Benzrihen G.<sup>6</sup>; Selandari J.<sup>7</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

juanangelgrillo@hotmail.com

RPD  
208

### INTRODUCCIÓN

Los síndromes poliglandulares autoinmunes (SPA) son entidades raras caracterizadas por la asociación de al menos dos insuficiencias glandulares mediadas por mecanismos autoinmunes. Se han descritos 4 subtipos. El SPA 2 es el más frecuente, y junto al SPA 1, se pueden presentar en la niñez. El SPA 3 comprende enfermedad tiroidea autoinmune asociada a otra patología autoinmune, excluyendo insuficiencia suprarrenal, y su presentación habitual es en edad adulta.

### OBJETIVO

Se presenta un paciente con diagnóstico de SPA 3 en la primera infancia, que presenta en su evolución patología autoinmune múltiple y de difícil manejo.

### CASO CLÍNICO

Paciente con diagnóstico posnatal de Síndrome de Down. A los 5 años, se diagnostica enfermedad de Graves, presentando períodos de hipotiroidismo y de hipertiroidismo por lo que requirió tratamiento alternante con T4 y metimazol. Posteriormente, por distensión abdominal y constipación crónica, se realiza a los 6 años endoscopia con toma de biopsia que informa enteropatía severa (Grado III) compatible con enfermedad celíaca. Simultáneamente se comienza a evidenciar máculas acrómicas en párpados, peribucales, caderas, perianal, perineal y en pene compatibles con vitiligo, conjuntamente con alopecia areata en cuero cabelludo.

A los 9 años en laboratorio prequirúrgico se detecta plaquetopenia severa. Se diagnostica purpura trombocitopenica idiopática, presentando mala respuesta al tratamiento convencional. Recibió dos ciclos de Gammaglobulina Humana (1 gr/kg/día), y Metilprednisona (30 mg/día). Debido a las recurrencias sostenidas al intentar la suspensión de los corticoides, se realiza esplenectomía electiva 16 meses luego de comenzado el cuadro. Tras una mejoría inicial, luego de 6 meses de la cirugía, persiste con plaquetopenia severa. Se realiza TC de abdomen descartando bazo accesorio, y comienza tratamiento con Rituximab (375 mg/m<sup>2</sup>), requiriendo 2 ciclos. Se alcanza la remisión, y es sostenida luego de 15 meses de seguimiento.

### CONCLUSIÓN

Ante la manifestación clínica de una enfermedad endocrina autoinmune, debe sospecharse SPA ya que tras unos meses o incluso años pueden aparecer otras entidades. Además, debemos tener en cuenta, que en pacientes pediátricos puede haber formas de presentación que son características de la adultez.

## ENFERMEDAD DE KAWASAKI Y PANCITOPENIA CON FRENO MEDULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Salvático N.<sup>1</sup>; Rama M.<sup>2</sup>; Vidal D.<sup>3</sup>; Hollman C.<sup>4</sup>; Monzón H.<sup>5</sup>; Bravo M.<sup>6</sup>; Rizzi F.<sup>7</sup>; Guelbert G.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

natisalvatico@hotmail.com

RPD  
209

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki cursa habitualmente con trombocitosis y leucocitosis. La trombocitopenia se presenta en el 1%-2% de estos pacientes; y la leucopenia en casos esporádicos obligando a descartar procesos sobregregados. No hay reportes de casos de esta enfermedad asociada a pancitopenia con freno medular.

### OBJETIVOS

Presentar un caso de Enfermedad de Kawasaki asociada a pancitopenia con freno medular.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 8 años de edad, sin antecedentes patológicos, derivada de la Rioja por fiebre de 10 días de evolución, 3 a 4 picos diarios de 38-39° acompañada de faringitis sin placas ni exudado, lengua aframbuesada, adenopatía cervical izquierda, rash escarlatiforme, uveítis y pancitopenia (Hb: 7,9 g/dl Hto: 23 G.B: 900 mm<sup>3</sup> -neut: 5%- Pla: 95.000 mm<sup>3</sup>) PCR: 88 VSG: 100mm 2da hs. Rx torax: normal, ECO abdominal: normal, Ecocardiograma: normal. Serología negativa para: Chagas, VDRL, Brucelosis, HIV, HepB, HepC, CMV, VEB, Dengue. C3 y C4 dentro de valores normales, F.R: (-), AELO: menor a 200 U/Todd. Tratada con múltiples esquemas antibióticos sin respuesta. Al ingreso se realiza serología para parvovirus: (-), Anticuerpos: ANA(-) antiADN(-), Hemocultivo: (-) Urocultivo: (-) PAMO: hipoplasia moderada y detención de la serie

granulocítica. A los 12 días de inicio del cuadro presenta descamación de las falanges de manos, se diagnosticó Enfermedad de Kawasaki. Se realizó tratamiento con Inmunoglobulina Humana 2 gr/kg/dosis y ASS 100 mg/kg/día. Se observó descenso inmediato de la temperatura, permaneciendo afebril, con aumento de los niveles de Hb, recuento de G.B y Pla. a las 72hs post-tratamiento.

### DISCUSIÓN

No hay reportes de Enfermedad de Kawasaki asociada a pancitopenia, los casos y estudios publicados relacionan la enfermedad con cada serie en particular. Debido al diagnóstico clínico de la enfermedad, en estos pacientes no se realiza punción aspiración de médula ósea, por lo cual las características de la misma son desconocidas. Si bien, la etiología de la Enfermedad de Kawasaki aún permanece incierta, múltiples microorganismos son propuestos como agentes desencadenantes, por lo cual nosotros concluimos que el freno medular en nuestra paciente fue provocado por el factor o agente desencadenante de la enfermedad.





## TIROSINEMIA TIPO I, A PROPOSITO DE UN CASO

Scalbi C.<sup>1</sup>; Melvin G.<sup>2</sup>; Gorosito M.<sup>3</sup>; Bessone C.<sup>4</sup>; Galligani M.<sup>5</sup>; Sciolla M.<sup>6</sup>  
HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
catalinascalbi@hotmail.com



### INTRODUCCION

La Tirosinemia hereditaria tipo I (THI) o tirosinemia hepato-renal es una enfermedad autosómica recesiva causada por la deficiencia de la enzima fumarilacetato hidrolasa. Es una enfermedad rara con una frecuencia de 1 cada 100.000 recién nacidos. Presenta una sintomatología variable, desde fallo hepático agudo, cirrosis, carcinoma hepatocelular, síndrome renal de Fanconi y neuropatía periférica.

### OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de una paciente femenina de 6 meses con Tirosinemia Tipo I. Sospechar, reconocer y diagnosticar precozmente una patología infrecuente en pediatría.

### MATERIAL Y METODOS

Paciente de 6 meses, eutrófica, sin antecedentes de jerarquía, que ingresa con diagnóstico de Síndrome ascítico y fallo hepático agudo. Presenta cuadro clínico previo de 6 días de evolución caracterizado por distensión abdominal progresiva.

Se solicita laboratorio Hto 25.1, Hb 9.2, GB 12110, Pl115000, Gl 71, Ur 6, Cr 0.1, Prot 4.24, Al 2.19, BT 1.62 (1.08), GOT 128, GPT 44, FAL 1165, GGT 91, Ami 16, Coli 3084, CPK 89, LDH 634, Na 135, K 4.1, Cl 104, Ca 8, P 2.4, Mg 1.77, TP 49, Tasa 11, RIN 4.8, KPTT 115. Serología viral: negativo para VHS 1 Y 2, CMV, VEB, Coxsackie, Parvovirus B19. Ecografía abdominal que informa pseudonódulos hepáticos, por lo cual se solicita RMI abdominal en la que se visualiza hígado aumentado de tamaño con hipertrofia del lóbulo caudado,

heterogéneo a expensas de múltiples y pequeñas lesiones de 6 y 7 mm las de mayor tamaño, siendo las restantes puntiformes y heterogéneas en T1 y T2, e hipointensas con técnica de supresión grasa; depósito focal de grasa; ambos riñones aumentados de tamaño hiperintensos. Dado resultado de estudios por imágenes, se sospecha Enfermedad Metabólica se solicita dosaje de Alfa fetoproteína con valor >1210 y dosaje de Succinil Acetona en orina positivo, confirmándose diagnóstico de Tirosinemia Tipo 1. Inicia tratamiento con NITICINONA (NTBC) 10 mg diarios; se realiza interconsulta con Nutricionista quien indica nutrición con leche TYR, con mejoría clínica y de laboratorio.

### CONCLUSION

La Tirosinemia Tipo I es una patología infrecuente, que al no ser tratada puede conllevar a graves consecuencias. Sin embargo, si se diagnostica y se trata rápida y adecuadamente se logra una mejor calidad de vida, por lo que debemos sospecharla en pacientes pediátricos que presenten fallo hepático.

## SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ SECUNDARIO A INFECCIÓN POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE. A PROPOSITO DE UN CASO

Balla J.<sup>1</sup>; Grillo J.<sup>2</sup>; Vela M.<sup>3</sup>; Rodriguez J.<sup>4</sup>; Alonso M.<sup>5</sup>; Stratico R.<sup>6</sup>; Vera F.<sup>7</sup>; Sanchez V.<sup>8</sup>; Selandari J.<sup>9</sup>  
SANATORIO GUEMES<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>  
jime\_balla@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

Mycoplasma pneumoniae es un patógeno primario de las mucosas, que se transmite por vía aérea. Las principales formas de presentación son asociadas a cuadros respiratorios, representando el 20-25 % de las neumonías de la comunidad; sin embargo el espectro puede ser muy variado incluso con manifestaciones extra pulmonares en ausencia de síntomas respiratorios.

### OBJETIVO

Reportar un caso de paciente con neuropatía sensitivo-motora axonal aguda (AMSAN) postinfeccioso por Mycoplasma.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años, derivada de otro centro por precordialgia en estudio y dificultad respiratoria con hipoxemia de 20 días de evolución, sin respuesta a múltiples esquemas de antibióticos y corticoides, con TC de tórax y ecocardiograma normal.

Al ingreso regular estado general, compensada hemodinámicamente, sensorio conservado. A las 72 horas comienza con cuadro de alodinia con escasa respuesta analgésica, debilidad muscular de miembros inferiores que progresa a cuádruparesia flácida, ROT negativos, compromiso de músculos respiratorios con requerimiento de ventilación no invasiva. Por sospecha de Síndrome de Guillain-Barré se realiza punción lumbar con citoquímico normal. RM de cerebro, médula espinal y enzimas musculares normales.

Inicia tratamiento gammaglobulina a 2 gr/kg. Se realiza electromiograma (EMG) que informa neuropatía asimétrica predominantemente axonal.

Se descartaron intoxicación por metales pesados (Talio, Arsénico, Mercurio, y Plomo), Porfirias y Enfermedad de Fabry.

A la semana por escasa mejoría luego del tratamiento se repitió EMG: Neuropatía Sensitivo-Motora Axonal Aguda (AMSAN). Se recibieron serologías (IgM e IgG 1/128) y PCR en LCR para Mycoplasma Pneumoniae positiva, diagnosticándose Síndrome de Guillen-Barre (variante AMSAN) secundario a infección por dicho patógeno. Evolución lenta progresiva, egresa asintomática a continuar seguimiento interdisciplinario.

### CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia de incluir a Mycoplasma pneumoniae en el estudio etiológico de las neuropatías, que a pesar de su baja prevalencia, el sistema nervioso es el sistema extra-pulmonar más frecuentemente afectado por este germen.





## REPORTAR UN CASO DE TUBERCULOSIS FARÍNGEA COMO MANIFESTACIÓN EXTRAPULMONAR DE TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA

RPD  
212

*Balla J.<sup>1</sup>; Vela M.<sup>2</sup>; Coluccio M.<sup>3</sup>; Corazza R.<sup>4</sup>; Sanchez V.<sup>5</sup>; Vera F.<sup>6</sup>; Stratico R.<sup>7</sup>; Selandari J.<sup>8</sup>*  
SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
jime\_balla@hotmail.com

### OBJETIVO

Reportar un caso de tuberculosis faríngea como manifestación extrapulmonar de tuberculosis pulmonar activa.

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las principales causas de muerte por enfermedad infecciosa en el mundo. La localización extrapulmonar más común son los ganglios linfáticos, siendo faríngea infrecuente (<1%), reportándose 1 caso pediátrico en argentina. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico de la biopsia de la lesión con imágenes histopatológicas de granulomas no caseificantes y el aislamiento de la mycobacteria (bacilos Ziehl-Neelsen positivo).

### CASO CLÍNICO

Adolescente femenino 14 años, con antecedentes de dos neumonías en el último año, requiriendo la segunda tubo de avenamiento pleural. 48 horas posteriores a esta última externación consulta por fiebre persistente. Se constata descenso de peso, refiere odinofagia persistente, disfagia progresiva a sólidos, disfonía y dolor torácico.

Al examen físico regular estado general, palidez generalizada, hipertrofia amigdalina con exudados blanquecinos en ambas amígdalas y adenopatías cervicales palpables; hipoventilación en campo pulmonar izquierdo y soplo tubario en vértice homolateral. Sin antecedentes familiares ni epidemiológicos de importancia.

Estudios: hisopado de fauces, serologías (VDRL, HIV, Hepatitis, Toxoplasmosis), PPD, esputos seriados siendo todos negativos; Radiografía de Tórax con imagen de condensación similar a radiografías previas. Se decide internación para estudio y tratamiento, durante la misma persiste febril; odinofagia progresiva, astenia e hiporexia. Se evidencian 2 lesiones amigdalinas exofíticas de aspecto verrugoso con posterior pérdida de sustancia permaneciendo con lesión ulcerativa, muy dolorosas. Servicio de ORL decide amigdalectomía con cultivo y anatomía patológica para descartar patología tumoral. Se realiza endoscopia respiratoria con BAL evidenciándose lesiones similares en cuerdas vocales. BAL informa: cultivo positivo para Mycobacterium tuberculosis y anatomía patológica que informa granulomas gigantocelulares con necrosis caseosa concluyéndose tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.

### CONCLUSIÓN

Sospechar tuberculosis, en casos de faringitis de presentación atípica y neumonías resistentes a diferentes tratamientos convencionales dada la alta prevalencia de dicha enfermedad en nuestro país.

## TUBERCULOSIS MILIAR Y OSTEOARTICULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
213

*Hiernard M.<sup>1</sup>; Besolari V.<sup>2</sup>; María Asunción O.<sup>3</sup>; Nestor P.<sup>4</sup>*  
HIGA VICENTE LOPEZ Y PLANES, GRAL RODRIGUEZ<sup>1 2 3 4</sup>  
majuhiernard@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Las localizaciones extrapulmonares constituyen entre el 15% y el 20% de todas las formas de tuberculosis Pueden acompañarse de tuberculosis pulmonar en actividad de cualquier magnitud o de lesiones pulmonares o ganglionares mediastinales curadas (calcificaciones, cicatrices fibróticas). La tuberculosis miliar y la osteoarticular son una rara forma de presentación de tuberculosis en pacientes pediátricos inmunocompetentes.

### OBJETIVO

Presentar un caso de tuberculosis miliar y osteoarticular en paciente inmunocompetente.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo sobre el análisis de historia clínica.

Niña de 14 años, previamente sana, sin antecedentes patológicos de relevancia, con tos de 2 semanas de evolución, fiebre de 39° de 3 días, astenia, anorexia y pérdida de peso de aproximadamente 7 kg en 3 meses. Se suma hace 10 días tumoración fría, dolor, e impotencia funcional en rodilla derecha, con antecedente de traumatismo leve hace 2 semanas. Su padre y hermano mayor convivientes con tos de 3 semanas de evolución. Se realiza laboratorio GB 14700 (N82%) VRS 120mm/1 h, PCR 96, serología HIV negativa, ppd2 UT 14mm, Radiografía de tórax con infiltrado micronodulillar bilateral. TACAR de torax donde se evidencia afectación alveolar micronodulillar bilateral, con árbol traqueobronquial y mediastino conservados, sin adenopatías. TAC de abdomen, pelvis y cerebro sin particularidades.

Baciloscopía directa y cultivos x3 positivos para BAAR. Rx rodilla derecha con erosiones óseas marginales y la disminución del espacio articular. Se realiza artrocentesis de rodilla derecha, con cultivo positivo para BAAR. Comienza tratamiento con esquema de TBC grave y kinesioterapia articular. Luego de 3 semanas de tratamiento mejora su estado general y la movilidad articular. Después de presentar baciloscopías negativas se otorga el alta continuando el tratamiento y controles por Neumotisiología, Traumatología, Servicio Social y Kinesiología.

### CONCLUSIÓN

La mayoría de las formas de la tuberculosis diseminada responden bien al tratamiento. En el caso de TBC de rodilla la mayoría de las veces el tejido afectado, huesos y articulaciones, tienen restitución completa con el tratamiento adecuado si el diagnóstico es temprano.



## PANARTERITIS NODOSA CUTÁNEA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tevez E.<sup>1</sup>; Locane F.<sup>2</sup>; Bande A.<sup>3</sup>; Lugones M.<sup>4</sup>  
HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN"<sup>1,2,3,4</sup>  
evelyn-tevez@yahoo.com.ar

RPD  
214

### INTRODUCCIÓN

La Panarteritis Nodosa (PAN) es una vasculitis necrotizante de las pequeñas y medianas arterias, no asociada a ANCA's. Puede afectar un solo órgano, como la piel (PAN cutánea), o presentar compromiso sistémico (PAN sistémica). Está asociada a infecciones como HBV, SGA y HIV; o ser de origen idiopático. Presenta una prevalencia hombres-mujeres (1:1), con una edad promedio de 51 años, siendo muy poco frecuente en edades pediátricas. La presentación típica de la PAN cutánea consiste en lesiones purpúricas, nódulos subcutáneos, placas liveloideas y úlceras necróticas. En casos subagudos se asocian a fiebre prolongada, pérdida de peso, cefaleas, mialgias e impotencia funcional.

La biopsia de las lesiones cutáneas representan el diagnóstico de certeza, pudiendo utilizarse Angiografía en las formas sistémicas (aneurismas y constricciones irregulares arteriales).

Presenta buena respuesta terapéutica a AINES y corticoides orales, con remisión ad integrum. Actualmente se estudia eficacia de inmunodepresores (Metotrexate y Ciclofosfamida).

### OBJETIVO

Presentar una entidad poco frecuente en pacientes pediátricos.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, 16 años, con antecedente de broncoespasmos a repetición desde los 2 años de vida e hipotiroidismo, sin hábitos tóxicos ni heredo-familiares de relevancia. Consulta por síndrome febril prolongado de 2 meses de evolución, medicado con múltiples esquemas; asociado a mialgias, cefalea, pérdida progresiva de peso e impotencia funcional 72 horas previas

a su ingreso. Al examen físico, paciente febril, presenta placa eritematosa en pierna izquierda. Se solicita ecodoppler y ecografía de partes blandas (edema de TCS sin trombosis), hemograma (GB 16.700 – N86%), VSG 80, PCR 14, HMCx2, urocultivo e hisopado de fauces (negativos), Rx tórax (normal). Se interpretó como Celulitis, medicándose con Clindamicina (4 días), con escasa respuesta. Fue evaluado por Servicios de Infectología, Dermatología, Traumatología, Reumatología, Endocrinología y Oncohematología. En contexto de síndrome febril prolongado, se solicitaron serologías (negativas), PANTAC (en parénquima pulmonar atenuación parcheada con áreas de atrapamiento aéreo, imágenes ganglionares en axilas, retroperitoneo, ambas regiones inguinales y mesenterio), ecografía abdominal y ecocardiograma (normal), RMI de MMII (normal), PPD (negativa), perfil reumatológico (normal – ANCA negativo), PAMO (normal). En el transcurso de su internación, persistiendo febril, presentó nódulos subcutáneos eritematosos palpables en cuatro miembros. Se realiza biopsia "punch" de nódulo subcutáneo en antebrazo derecho (Panarteritis nodosa cutis).

Recibió tratamiento con corticoides orales (Meprednisona 1 mg/kg/día) y analgesia con AINES, con buena respuesta terapéutica.

### CONCLUSIÓN

La PAN cutánea representa una entidad benigna, de fácil tratamiento y buen pronóstico. Debido a presentar una frecuencia extremadamente baja en edades pediátricas, se dificulta la sospecha diagnóstica y con ello, el inicio del tratamiento adecuado. Cuando éste se instaure tempranamente, mejora radicalmente la calidad de vida del paciente con restitución completa en la mayoría de los casos.

## MENINGITIS BACTERIANA RECURRENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Künzi A.<sup>1</sup>; Latner J.<sup>2</sup>; Manini P.<sup>3</sup>; Palmerio L.<sup>4</sup>; Pensa P.<sup>5</sup>; Raitano P.<sup>6</sup>; Tuccillo P.<sup>7</sup>  
HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>  
andykunzi@gmail.com

RPD  
215

### INTRODUCCION

La meningitis recurrente es una patología infrecuente. Se han identificado diversos factores predisponentes, como ser defectos en la inmunidad celular y humoral, y alteraciones anatómicas que establecen una comunicación entre el espacio subaracnoideo y la piel o el oído medio y las cavidades paranasales.

### OBJETIVO

Presentar un caso de meningitis bacteriana recurrente en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2016.

### DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 13 años de edad, con antecedente de meningitis por H. Influenza tipo capsular f a los 11 años de edad. Inicia con cuadro de catarro de vía aérea superior, al cual se agregan vómitos, fiebre y alteración del sensorio por lo que consulta a guardia donde se interpreta como episodio de meningoencefalitis, y se decide su internación en terapia intensiva.

LCR citoquímico: ph 7,75, líquido blanquecino, turbio, recuento celular 22400 (PMN 78%), glucosa no dosable, proteínas 332, cloro 117, ácido láctico 13. Cultivo: Streptococco pneumoniae.

RMN y TAC de encéfalo: normales. Se observa en senos maxilares, imagen hiperintensa compatible con sinusitis.

EEG: discreta lentificación en áreas posteriores en vigilia.

Cumplió tratamiento con Ceftriaxona 4g/día EV por 10 días, y luego con

Levofloxacin 500 mg V.O 14 días (según antibiograma). Debido a que en el cultivo de LCR se aisló nuevamente un patógeno capsulado, se indican vacunas antineumococcica 23V y antimeningococcica.

En relación a los diagnósticos diferenciales se realizó interconsulta con servicios de: Inmunología infantil que solicitó como primer evaluación de laboratorio: C3 118 mg/dl, C4 37.1 mg/dl, IgE 5.7 U/ml, IgG 1230 mg/dl, IgA210 mg/dl, IgM 262 mg/dl. Complemento total 209, CD445 %, CD8 27%, CD3 80 %, CD20 16 %, CD16/56 4%, serologías IgG (sarampión, rubeola y parotiditis) positivas, HIV negativo; y servicio de Otorrinolaringología quienes solicitan TAC de senos paranasales y oído (pendiente resultado). Fue evaluado por neurocirugía quien mantiene conducta expectante hasta resultados de estudios complementarios.

### CONCLUSION

Un episodio de meningitis bacteriana es una enfermedad grave, y su recurrencia obliga a realizar estudios multidisciplinarios en busca de las causas que la predisponen. Existen pocos datos epidemiológicos de su incidencia. El microorganismo más frecuentemente aislado es el Streptococco pneumoniae.

Según referencia bibliográfica los defectos inmunitarios se manifiestan mayormente en lactantes, y los defectos estructurales congénitos o adquiridos, en niños mayores. Por lo cual nuestra paciente continúa en seguimiento.



## ENCEFALOPATÍA EPILEPTICA SECUNDARIA A ACIDURIA 2-HIDROXIGLUTARICA EN LACTANTE. REPORTE DE UN CASO

RPD  
216

Saciuk C.<sup>1</sup>; Basso M.<sup>2</sup>; Abregu M.<sup>3</sup>; Fantin S.<sup>4</sup>; Etcheverry M.<sup>5</sup>; Vela M.<sup>6</sup>; Selandari J.<sup>7</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
celess.07@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La aciduria hidroxiglutarica (HGA), es una alteración metabólica poco frecuente (<1/1,000,000) de origen genético, caracterizada por acumulación de ácido 2-hidroxiglutarico en fluidos corporales. Existen 2 subtipos de acuerdo al isómero acumulado, (ácido D o L 2-hidroxiglutarico).

Presenta síntomas predominantemente neurológicos. El compromiso puede ser leve, con retardo psicomotor, epilepsia tratable e hipotonía, o severo con encefalopatía epileptica de inicio neonatal o en la infancia temprana, y retardo psicomotor severo.

Se reporta un caso de un lactante con encefalopatía epileptica secundaria a aciduria 2-hidroxiglutarica de presentación neonatal.

### CASO CLÍNICO

G2 C2 Hermana sana. Embarazo controlado. RNT/PAEG. Cesárea por cesárea previa. Alta conjunta.

A los 21 días de vida comienza con episodios paroxísticos, consultando en distintos centros de salud, que en un principio se presumen no epilepticos. Por persistencia de síntomas, se interna a los 23 días de vida en otra institución. TAC cerebral normal.

Se deriva a nuestro Sanatorio para ampliar estudios al mes y medio de vida. EEG: punta onda y polipunta temporal derecha, desorganizado. RMN de cerebro: en secuencia FLAIR, hiperintensidad corticosubcortical en ambas coronas radiadas, centro semiovalares, y hemisferio cerebeloso derecho. Espectroscopia: hipocampo derecho con aparente incremento

de mioinositol. Dosaje de acilcarnitinas, carnitina total y libre normales. Aminoácidos cuantitativos en sangre normales. Punción lumbar con índice glucorraquia/glucemia y ácido láctico en LCR/sangre normales. Ácidos orgánicos en orina: excreción elevada de ácido 2-hidroxiglutarico (467 mmol/mol de creatinina; valor de referencia:<20) y de 2-hidroxiglutarico lactona (7.1 mmol/mol de creatinina; valor de referencia: No detectable). VideoEEG: Patrón eléctrico de paroxismo supresión. Ecocardiograma: normal. Se medica con distintos esquemas anticonvulsivantes con regular respuesta inicial, estabilizándose al recibir Levetiracetam, Vigabatrin, vitamina B6, biotina y carnitina. Egreso sanatorial a los 2 meses y medio de vida.

Actualmente, a los 4 meses de edad, evoluciona con retraso madurativo a predominio motor, hipotonía axial, e hipertonia de miembros. Adecuado control de crisis convulsivas.

### CONCLUSIÓN

Ante un paciente que presente encefalopatía epileptica sin etiología precisa considerar las acidurias orgánicas cerebrales entre los diagnósticos diferenciales, pese a su baja incidencia.

## OBSTRUCCIÓN PILÓRICA INUSUAL EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO

RPD  
217

Rodriguez J.<sup>1</sup>; Fraga J.<sup>2</sup>; Rull L.<sup>3</sup>; Basso M.<sup>4</sup>; Vela M.<sup>5</sup>; Mutti J.<sup>6</sup>; Tosselli L.<sup>7</sup>; Selandari J.<sup>8</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
<reyleon09@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La membrana antropilórica consiste en una membrana submucosa cubierta por mucosa gástrica. Su incidencia es menor al 1% de todas las atresias del tubo digestivo. La obstrucción puede ser completa o parcial. Cuando es completa produce una clínica similar a la atresia pilórica. Cuando es parcial depende del tamaño de la perforación de la membrana, generalmente se presenta como vómitos recurrentes y fallo de medro en los primeros meses de vida. Nuestro objetivo es presentar el caso de un paciente con diagnóstico de membrana antral pilórica parcial, cuyo diagnóstico no fue sospechado clínicamente, siendo un hallazgo intraoperatorio a los 6 meses de vida.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 2 meses de vida, consulta en guardia por presentar vómitos post alimentarios intermitentes de 1 mes de evolución en tratamiento ranitidina. Sin antecedentes patológicos. Se alimenta desde los 15 días con leche maternizada fraccionada con escasos volúmenes. Al examen físico presenta regular progreso de peso. Se realiza laboratorio normal y ecografía abdominal compatible con hipertrofia pilórica por lo que se interna. Se repite ecografía con múltiples mediciones del canal pilórico hallándose valores normales de longitud y espesor y en la evaluación dinámica se observa pasaje de alimento a través del mismo. Se constata alimentación por succión con buena tolerancia por lo que es dada de alta. Posteriormente reitera con vómitos esporádicos, tolerando escasos volúmenes de leche, regular progreso de peso y distensión gástrica

intermitente. Es evaluada por gastroenterología e inmunología. Se realiza SEG D con lento vaciamiento gástrico, Phmetria normal y VEDA no pudiendo progresar endoscopio más allá del piloro. Se sospecha gastritis eosinofílica y alergia a la proteína de leche de vaca. Se indica leche hidrolizada, TCM,esomeprazol y corticoides persistiendo con síntomas. Se repite ecografía abdominal x 3 normales y VEDA, nuevamente si poder progresar por el canal pilórico. La biopsia informa gastritis crónica leve. Se interconsulta con cirugía y se decide exploración quirúrgica con diagnóstico intraoperatorio de membrana antral pilórica parcial a los 6 meses de vida. Evoluciona asintomática con buena ganancia de peso.

### CONCLUSIÓN

Considerar la membrana antropilórica como un posible diagnóstico de obstrucción intestinal alta, pese a su excepcional frecuencia de presentación en un lactante con regular progreso de peso, regular actitud alimentaria y vómitos.



## ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA EN PEDIATRÍA. REPORTE DE 4 CASO

Rull L.<sup>1</sup>; Vela M.<sup>2</sup>; Abregu M.<sup>3</sup>; Grillo J.<sup>4</sup>; Siri M.<sup>5</sup>; Rodríguez J.<sup>6</sup>; Stratico R.<sup>7</sup>; Etcheverría M.<sup>8</sup>; Selandari J.<sup>9</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>

lautororull@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

Las encefalitis inmunomediadas son un diagnóstico cada vez más frecuente en pediatría, aunque su incidencia exacta se desconoce. Presenta gran heterogeneidad clínica, pero debe sospecharse principalmente en niños con: movimientos anormales, encefalopatía, convulsiones y alteraciones psiquiátricas. Iniciar un tratamiento temprano puede mejorar su pronóstico.

### OBJETIVO

Reportar 4 pacientes pediátricos, previamente sanos, con encefalitis inmunomediadas.

### CASOS CLÍNICOS

Se presentan cuatro pacientes, dos de sexo masculinos y dos femeninos, con un rango etario entre 8 a 13 años. Todos presentaron cuadro clínico progresivo de alteraciones conductuales, alucinaciones visuales y auditivas, deterioro del lenguaje, trastornos del sueño, desconexión, movimientos anormales y convulsiones.

### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS:

- RMN cerebral: Solo 2 pacientes presentaron hallazgos patológicos mostrando hiperintensidad en T2 y FLAIR a nivel subcortical insular y frontal bilateral.
- EEG: Todos los casos presentaron trazado compatible con cuadro encefalítico. Un paciente además presentó descargas epileptógenas (espigas frontotemporales bilaterales).
- Estudios infectológicos: En LCR se encontró, en 1 paciente pleocitosis leve y otro paciente con PCR positiva para *Mycoplasma pneumoniae*.

- Perfil reumatológico e inmunológico: Uno de los casos presentó anticuerpos antitiroideos positivos.
- Pesquisa tumoral de tumor primario en abdomen/tórax/pelvis: Negativa en los 4 casos.
- Bandas oligoclonales (BOC): Positivas en LCR en 1 paciente.
- Panel de anticuerpos para encefalitis inmunomediadas: En 2 de 4 casos se encontraron anticuerpos anti-NMDA en LCR.

### TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

Solo uno de los pacientes requirió tratamiento escalonado hasta Rituximab. Otro respondió a ciclos de plasmaféresis y los otros 2 casos a la corticoterapia endovenosa exclusiva. Todos presentaron buena evolución clínica.

### CONCLUSIÓN

En 2 de los 4 pacientes se confirmó la presencia de anticuerpos específicos circulantes, mientras que en los otros 2, la buena respuesta al tratamiento inmunosupresor instaurado en diferentes escalas, se explicaría por la existencia de un mecanismo inmunológico de base.

Las encefalitis inmunomediadas pueden presentar una amplia gama de síntomas, por lo que debemos tener un alto índice de sospecha para realizar su diagnóstico, por ser una patología que puede responder positivamente al tratamiento inmuno modulador.

## MIOSITIS AXIAL POR METAPNEUMOVIRUS: REPORTE DE UN CASO

Agosta M.<sup>1</sup>; Manini P.<sup>2</sup>; Palmerio L.<sup>3</sup>; Pensa P.<sup>4</sup>; Raitano P.<sup>5</sup>; Tuccillo P.<sup>6</sup>; Vazquez G.<sup>7</sup>

HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

maria\_temis@hotmail.com



La miositis viral aguda (MVA) se manifiesta con mialgias, debilidad muscular que puede comprometer la deambulación, mioglobinuria y aumento de los valores de CPK. Los virus respiratorios son las causas principales. Si bien se relaciona con cuadros generalizados, también pueden presentarse casos focales.

### OBJETIVO

Presentar un caso de MVA axial asociada a metapneumovirus.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes: Niña de 1 año y 6 meses de edad, con delección parcial del cromosoma 9, holoprosencefalia semilobar y diabetes insípida.

### CUADRO CLÍNICO

Paciente cursando cuadro de vías aéreas superiores presenta registro febril de 41°C asociado crisis dísticas por lo que consulta a guardia, se medica con diazepam EV, y se interna en sala de pediatría. Por persistir igual sintomatología, es evaluado por neurología infantil quien constata rigidez de musculatura axial con postura en opistotonos, asociada a aumento de consistencia y dolor a palpación de músculos cervicales y paravertebrales. Sin cambios en el tono, trofismo o movilidad de miembros.

Estudios complementarios: Aumento de CPK con un valor máximo de 50778 UI/L leucocitos 36680 mm<sup>3</sup> (80/16), urea 43 mg/dl y creatinina 0.6 mg/100ml. Se realizó RMN cerebro sin cambios y medular normal. LCR normal. RMN de columna mostró edema generalizado de músculos paravertebrales. Aspirado nasofaríngeo positivo para metapneumovirus

### EVOLUCIÓN

Requirió hiperhidratación, y relajantes musculares (diazepam cada 4hs), con resolución completa de los síntomas, CPK al egreso de 281 UI/L, sin compromiso de función renal.

### CONCLUSIÓN

Con mayor frecuencia las MVA suelen estar causadas por virus influenza o parainfluenza, debe tenerse en cuenta al metapneumovirus como posible agente causal. Estos cuadros pueden generar rabdomiolisis masiva y generalizada, aunque en casos como el presentado pueden generar formas segmentarias. Si bien la MVA es autolimitada, la hiperhidratación agresiva evita el posible daño renal.



## HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE MORGAGNI EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

RPD  
220

*Gremes Cordero M.<sup>1</sup>; Paineira D.<sup>2</sup>; Heinen F.<sup>3</sup>; Mendez J.<sup>4</sup>*

HOSPITAL ALEMÁN<sup>1,4</sup>; DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA, HOSPITAL ALEMÁN<sup>2</sup>;  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA INFANTIL, HOSPITAL ALEMÁN<sup>3</sup>  
rochigrem@hotmail.com

Paciente de 7 meses de vida con diagnóstico postnatal de Sme. de Down que al examen físico en el control de salud presenta ruidos cardíacos disminuidos y alejados sin disnea, sin taquipnea, saturación 99%, sin visceromegalias, pulsos simétricos. Se solicita Rx de torax frente y perfil donde se observa imagen compatible con hernia diafragmática y se realiza interconsulta con cirujano infantil quien con diagnóstico de hernia diafragmática de Morgagni por hiato de Larrey, con deslizamiento importante de colon, programa cirugía.

Como antecedentes, el niño es RNT/BPEG (38sem/2793g), embarazo controlado, serologías negativas. Parto vaginal. Apgar 9/10, diagnóstico postnatal de Sme de Down. FEI normal. Ecocardiograma inicial FOP vs CIA chica 3.5mm.

Se realiza hernioplastia laparoscópica donde se constata hernia diafragmática anterior defecto de septum transversum anterior (Morgagni) ocupada por colon y lóbulo izquierdo hepático. Se secciona ligamento redondo y ligamento suspensorio para lograr descenso de hígado a abdomen. El defecto tiene buen reborde muscular diafragmático, se cierra con puntos diferidos de seda 2/0 (8 en total) sin tensión, con buena

aproximación. Se refuerza con un punto desde abdomen en área central del defecto. Procedimiento bien tolerado y sin complicaciones.

El objetivo de este trabajo es discutir un caso de hernia diafragmática en paciente con síndrome de Down (cromosomopatía asociada a mayor incidencia de hernia diafragmática), y realizar una actualización del tema, describiendo distintos tipos de hernia diafragmática y su prevalencia y evolución posquirúrgica.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE LEISHMANIASIS VISCERAL EN CÓRDOBA

RPD  
221

*Boetsch S.<sup>1</sup>; Espin Rodriguez N.<sup>2</sup>; Herrero Salto E.<sup>3</sup>; Ruffer A.<sup>4</sup>; Badalotti M.<sup>5</sup>; Pasquali M.<sup>6</sup>*

HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD DE CÓRDOBA<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
solangeboetsch@hotmail.com

### INTRODUCCION

La Leishmaniasis es una parasitosis transmitida por vectores, en nuestro país la Leishmaniasis visceral (LV) se distribuye en zonas húmedas principalmente norte y noreste. La urbanización de la enfermedad por cambio de patrones culturales, de manejo de mascotas y migración con rápida urbanización la han convertido en una enfermedad reemergente. Los menores de 15 años son los más vulnerables en relación con la situación nutricional e inmunológica.

### OBJETIVO

Describir el caso clínico de LV derivado a nuestro servicio.

### DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 17 meses de edad oriundo de Alemania, previamente sano que consulta por fiebre, hiporexia y dolor abdominal de 7 días de evolución, valorado en un hospital del interior desde donde se deriva a nuestro nosocomio. Al ingreso presenta compromiso del estado general, palidez generalizada, soplo sistólico 2/6, hepatoesplenomegalia y pancitopenia, como diagnóstico de sospecha de Enfermedad mieloproliferativa, se cubre con antibioticoterapia de amplio espectro. Se realizan estudios complementarios: policultivos, ecografía abdominal, radiografía de tórax, punción aspiración de médula ósea; llegando al diagnóstico de Leishmaniasis en un frotis. Iniciando tratamiento específico con anfotericina liposomal. Al séptimo día de tratamiento específico remite la fiebre mejorando su estado clínico y valores de laboratorio.

### DISCUSIÓN

Siendo la LV una patología de baja sospecha según la epidemiología, no encontrándose reportes previos en nuestro medio, nos pareció relevante su estudio y diagnóstico.





## A PROPÓSITO DE UN CASO HIPOGLUCEMIA INTERMITENTE A CAUSA DE DÉFICIT DE ENZIMA ACIL-COA DESHIDROGENASA DE CADENA MUY LARGA

RPD  
222

Zoratto S.<sup>1</sup>; Devia S.<sup>2</sup>; Gimenez M.<sup>3</sup>; Grabois F.<sup>4</sup>; Kleppe S.<sup>5</sup>

CLINICA SAN LUCAS<sup>1,2,3,4</sup>; HOSPITAL ITALIANO<sup>5</sup>

soniazoratto86@gmail.com

### INTRODUCCION

La deficiencia de la enzima acil-CoA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD) es un error congénito del metabolismo. Se hereda con carácter autosómico recesivo y presenta una incidencia estimada de 1 por cada 50 000–120 000 recién nacidos. Se han descrito tres fenotipos de diferente gravedad y edad de inicio. La principal característica clínica en la forma infantil es la hipoglucemia hipocetósica asociada con el ayuno, aunque el espectro de síntomas clínicos es muy amplio y abarca desde pacientes asintomáticos o síntomas leves hasta pacientes con debilidad muscular, cardiomiopatía y fracaso hepático o multisistémico.

El pronóstico está condicionado a que se establezca un diagnóstico temprano (por cribaje neonatal ampliado o molecular) y tratamiento basado en evitar periodos de ayuno prolongado y dieta rica en hidratos de carbono de absorción lenta.

### OBJETIVO

El objetivo de este caso es el de jerarquizar el déficit de VLCAD como diagnóstico diferencial de hipoglucemia hipocetósica intermitente dada la sencillez de su tratamiento y la gravedad en caso de omitirlo.

### DESCRIPCION DEL CASO

Se presenta el caso de una niña de 3 años, RNT/PAEG con mala progresión de peso. En seguimiento por neurología por hipotonía con hiperlaxitud generalizada asociado a retraso neuromadurativo (diagnóstico probable- miopatía congénita). Ingresa al servicio de pediatría en reiteradas oportunidades por hipoglucemias hipocetósicas sintomáticas, generalmente asociado a cuadros infecciosos, que resolvían en pocas horas con tratamiento endovenoso con soluciones glucosadas. Solo en una oportunidad presentó hiperglucemia con síntomas asociados.

Se plantean como diagnósticos diferenciales: enfermedad neurometabólica, diabetes tipo MODY, hiperinsulinismo, y enfermedades del metabolismo. Presentaba: Ácidos grasos no esterificados, amonio, cortisol plasmático, y ácido láctico aumentados con tetradecilcarnitina disminuida. Confirmando el diagnóstico de VLCAD por estudio molecular. En tratamiento hace 6 meses con lo cual la paciente permanece asintomática.

### CONCLUSION

Debemos sospechar en un trastorno congénito del metabolismo ante un paciente con episodios reiterados de hipoglucemia. El VLCAD es poco frecuente pero su diagnóstico tardío puede tener un desenlace fatal en el niño.

## MALFORMACIONES PULMONARES, A PRÓPOSITO DE 2 CASOS

RPD  
223

Cañete M.<sup>1</sup>; Guaymasi N.<sup>2</sup>; Gerez M.<sup>3</sup>; Azcona H.<sup>4</sup>; Ghizzo G.<sup>5</sup>; Alfano C.<sup>6</sup>

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

maricagnete@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Las malformaciones pulmonares congénitas son patologías infrecuentes. Actualmente pueden pesquisarse en el período neonatal, debutar como hallazgo radiológico o persistencia de imágenes patológicas a pesar de mejoría clínica. Otros pacientes se presentan con infecciones respiratorias recurrentes que ocurren siempre en el mismo lóbulo patológico.

La malformación adenomatoidea quística congénita (MAQC) es una alteración pulmonar congénita frecuente, consiste en la existencia de tejido pulmonar hamartomatoso o displásico mezclado con el pulmón normal. Se describen 3 patrones histológicos, el tipo 1 (50%) se asocia a buen pronóstico.

Hecho el diagnóstico el tratamiento debe ser quirúrgico ya que la malformación no involuciona y puede complicarse con hiperinsuflación o infecciones repetidas. Se ha descrito también, la aparición de rabdomiosarcoma y carcinoma broncoalveolar a temprana edad en las MAQC.

### OBJETIVOS

Describir las diferentes manifestaciones clínicas de esta patología y la importancia del diagnóstico precoz a fin de evitar las complicaciones.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: varón de 5 años, recién nacido pretérmino, internado en neonatología por distress respiratorio y antecedente de infecciones respiratorias a repetición. Presenta neumonía en lóbulo superior

derecho con mejoría clínica pero no radiológica, por lo que se solicita tac de tórax donde se evidencian bronquiectasias, con diagnóstico posquirúrgico de MAQC tipo 1.

Caso 2: niña de 10 meses, sin antecedentes patológicos, consulta por síndrome febril prolongado. Se solicitan estudios complementarios, observándose en la radiografía de tórax imagen quística en lóbulo superior derecho. Se interpreta el cuadro como sospecha de malformación pulmonar sobreinfectada. Se realiza tac de tórax donde se evidencia malformación adenomatoidea quística. Se interviene quirúrgicamente con diagnóstico histopatológico de MAQC tipo I.

### CONCLUSIÓN

Recaltar la importancia de la sospecha clínica precoz de MAQC, ya que el abordaje quirúrgico precoz, antes del año, tiene mejores resultados, permitiendo un crecimiento pulmonar compensatorio.

En nuestra presentación, ambos pacientes, fueron diagnosticados por la sobreinfección de su patología de base. En el caso 1, luego de repetidos episodios de cuadros respiratorios.

Actualmente se puede diagnosticar esta patología en etapa prenatal; programar un seguimiento adecuado, con radiografía de tórax al nacimiento y posterior resonancia magnética entre los 4-6 meses, para confirmar el hallazgo y realizar la intervención quirúrgica adecuada con mejores resultados para el paciente.



## FENOMENO DE KASABACH MERRIT EN LACTANTES. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Nainsztein G.<sup>1</sup>; Maffia S.<sup>2</sup>; Malvaso R.<sup>3</sup>; Peruffo M.<sup>4</sup>; Salvaneschi V.<sup>5</sup>; Samaruga C.<sup>6</sup>

HOSPITAL SOR MARÍA LUDOVICA<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

gabiluly@hotmail.com

RPD  
224

### INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas congénitos se observan con frecuencia en el primer año de vida. El fenómeno de Kasabach Merritt (KM) es una complicación rara (1%), que se presenta en el hemangioendotelio kaposiforme (HEK) y en el angioma en penacho y se caracteriza por aumento del tamaño del hemangioma, coagulopatía por consumo y en consecuencia riesgo de sangrado.

### CASO 1

Niño de 24 días de vida con hemangioma localizado en el muslo derecho, presente desde el nacimiento. Ingresó por aumento de tamaño de la lesión de 4 días de evolución, lesiones purpúricas y anemia. Presentaba petequias en mejilla, paladar y tórax y hematomas en hombro izquierdo. Tumoración violácea con zonas amarronadas, dura y caliente, en muslo derecho que limitaba la extensión de la pierna. Los análisis de laboratorios revelaron anemia, plaquetopenia, hipofibrinogenemia y elevación del dímero D.

En conjunto con los servicios de Dermatología, Oncología y Hematología se diagnosticó HEK con fenómeno de KM. Se indicó tratamiento con metilprednisolona endovenosa, propanolol y ante la falta de respuesta al 10º día Vincristina semanal, como antiangiogénico.

El niño evolucionó con disminución progresiva del tamaño y del calor de la lesión. Superó las 20000/mm<sup>3</sup> plaquetas luego de las 6 semanas de tratamiento con vincristina, y normalizó este parámetro de laboratorio a las 10 semanas de tratamiento. No presentó sangrados mayores.

### CASO 2

Niña de 3 meses y 24 días con hemangioma diagnosticado al mes de vida a nivel de muslo, glúteo y labio mayor de vulva derechos, que presentó en el último mes cambio de color y tamaño en la lesión y en los últimos 4 días aumento en la temperatura. Los análisis de laboratorio mostraron anemia, plaquetopenia y aumento del dímero D.

En conjunto con los servicios de Dermatología y Hematología se diagnosticó HEK con fenómeno de KM. Se inició tratamiento con Vincristina semanal y meprednisona oral.

Evolucionó favorablemente desde el punto de vista clínico, mejorando los parámetros de laboratorio el 5º día de internación, para normalizarlos a los 12º días de internación.

### CONCLUSIÓN

El fenómeno de KM debe sospecharse en pacientes que presentan crecimiento acelerado de un hemangioma preexistente. Este fenómeno presenta una mortalidad entre el 10 y 37%. Los estudios de laboratorio revelan coagulopatía por consumo y plaquetopenia. El tratamiento con corticoides y quimioterápicos que actúan sobre el crecimiento endotelial demostró ser efectivo y seguro en estos pacientes.

## MIOPATIA VISCERAL PRIMARIA DE INICIO NEONATAL. REPORTE DE UN CASO CON EVOLUCIÓN FAVORABLE

Fusoni M.<sup>1</sup>; Fraga J.<sup>2</sup>; Negro F.<sup>3</sup>; Fantin S.<sup>4</sup>; Selandari J.<sup>5</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5</sup>

flor\_fusoni@hotmail.com

RPD  
225

### INTRODUCCIÓN

La miopatía visceral engloba un grupo de enfermedades heterogéneas que se caracterizan por deficiencia en la motilidad intestinal y representa la causa más común de pseudoobstrucción intestinal primaria. La anatomía patológica evidencia degeneración vacuolar, atrofia y fibrosis del músculo liso del tracto gastrointestinal, pudiéndose afectar además la musculatura lisa del tracto urinario. Existe gran variedad de presentaciones clínicas, todas caracterizadas por propulsión intestinal ineficaz, destacándose el síndrome de hipoperistaltismo, microcolon y megavejiga, como una de las formas más graves de la enfermedad. El pronóstico es variable.

### OBJETIVOS

- Presentar un caso de un paciente de sexo masculino, con compromiso intestinal exclusivo y biopsia compatible con miopatía visceral con buena evolución clínica.
- Actualizar el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la pseudo-obstrucción intestinal primaria.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, RNT, PAEG, embarazo sin patología. Sin antecedentes familiares de relevancia. A los 3 días de vida por presentar cuadro compatible con íleo meconial se decide exploración quirúrgica con ileostomía y toma de biopsias múltiples. En el informe histopatológico presenta alteraciones compatibles con miopatía visceral y cambios hipóxico isquémicos en los miocitos de las capas musculares de colon y recto. Presenta células ganglionares en plexos mientéricos.

Actualmente tiene 11 meses de vida. Desde el diagnóstico ha evolucionado sin interurrencias infecciosas, con buen progreso ponderoestatural y desarrollo neuromadurativo adecuado. Se alimenta con dieta acorde a edad, pecho y fórmula láctea hidrolizada. Será reevaluado por cirugía entre el primer y segundo año de vida para definir conducta.

### CONCLUSIÓN

Considerar la miopatía visceral como una causa probable de obstrucción intestinal primaria pese a la excepcional frecuencia de presentación en la práctica pediátrica.



## SÍNDROME DE LIDDLE A PROPÓSITO DE UN CASO

Carrizo B.<sup>1</sup>; Macula B.<sup>2</sup>; Mastropasqua M.<sup>3</sup>; Salvadores C.<sup>4</sup>; Balcazar V.<sup>5</sup>;  
Gillardenghi T.<sup>6</sup>; Muller M.<sup>7</sup>; Bustamante L.<sup>8</sup>; Kozicki V.<sup>9</sup>; Settien C.<sup>10</sup>

HOSPITAL IRIARTE QUILMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>

<barbara.carrizo@hotmail.com>

### OBJETIVO

Demostrar la importancia de la toma de TA en niños a través de un caso clínico de una patología poco frecuente como el Síndrome de Liddle.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Comunicamos el caso de un niño de 13 años de edad quien se interna en nuestro servicio en septiembre del 2015.

### RESULTADOS

Se trata de un niño de 13 años, previamente sano que consulta por hemiparesia braquiocrural izquierda de horas de evolución. Al examen físico como positivo: niño sin fuerza en hemicuerpo izquierdo, dificultad para la bipedestación, reflejos osteotendinosos +, Babinski -, rubicundez facial, TA 200/80. Laboratorio normal excepto ionograma: K2.9 y EAB alcalosis metabólica, Tac de cerebro sin particularidades. Se interconsulta con neurología y cardiología y se medica con enalapril. Presenta regular respuesta se solicita RMN y angiogramografía, sin particularidades, se rota medicación a minoxidil y por ser refractario se agrega hidroclorotiazida con amiloride, se controla la TA. Se realiza dosaje de aldosterona y renina plasmática presentando hiperreninemia con aldosterona normal. Luego comienza con caída del filtrado glomerular y se rota antihipertensivo a amlodipina con buena respuesta. Persiste con caída del filtrado y alcalosis metabólica con hipocalemia, es evaluado por servicio de nefrología, quienes solicitan arteriografía renal y medican con amiloride con

sospecha de Síndrome de Liddle. Por presentar HTA, alcalosis metabólica e hipocalemia con buena respuesta al tratamiento diurético ahorrador de potasio y a la dieta hiposódica, se arriba al diagnóstico de dicho síndrome.

### CONCLUSIÓN

Se considera HTA cuando el valor promedio de 3 mediciones tomadas en 3 momentos separados, superan percentil 95 para edad talla y sexo. Según la Sociedad Argentina de HTA, 8/100 niños en nuestro país pueden ser hipertensos y a la mitad de los niños entre 7 y 18 años nunca se le realiza control de TA. Resaltamos la importancia de que el pediatra sea quien realice la toma de TA a partir de los 3 años en los controles de salud basándose en las tablas de percentilos. Por lo tanto una detección precoz de HTA, permite iniciar oportunamente el tratamiento evitando las complicaciones a corto, mediano y largo plazo.



## SÍNDROME NEFRÓTICO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA: ENFERMEDAD INFRECUENTE... EVOLUCIÓN INUSUAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Stratico R.<sup>1</sup>; Castagna A.<sup>2</sup>; Perez Y Gutierrez G.<sup>3</sup>; Ronchetti M.<sup>4</sup>; Bazan S.<sup>5</sup>; Negro M.<sup>6</sup>; Fantin S.<sup>7</sup>; Selandari J.<sup>8</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

rostratico@yahoo.com.ar

### INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico (SN) se define por la presencia de proteinuria masiva con hipoalbuminemia, hipercolesterolemia y edemas. La forma más frecuente es la glomerulopatía a cambios mínimos, con aparición entre los 2 y 6 años, con respuesta al corticoide y buen pronóstico. A diferencia de estos, el SN del primer año de vida tiene una evolución a la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en la mayoría de los casos. La incidencia es muy baja y las formas más frecuentes son en los primeros 3 meses de vida el congénito o tipo finlandés y entre los 3 a 12m, la esclerosis mesangial difusa (EMD).

### OBJETIVO

Presentar la evolución inusualmente favorable de una paciente con SN en el primer año de vida y 8 años de seguimiento.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenina. Consulta a los 4m de edad por edema generalizado y oliguria. Laboratorio: hto 27 hb 9,9 gb 17900 (59/32) hiperplaquetosis, colesterol 233, triglicéridos 184, prot. 4,97 albumina 1,9 U 56 Cr 0.4 orina: proteinuria masiva C3 y C4 normales. Se interna y comienza tratamiento con corticoides sin respuesta, se realiza biopsia renal: Esclerosis Mesangial Difusa. Serologías negativas y cariotipo normal 46XX. Presenta síndrome ascítico edematoso que requiere repétidos

pasajes de albumina y furosemida, fue medicada con enalapril como antiproteinúrico y protector renal. A los 2m del diagnóstico fue dada de alta con suplementos vitamínicos y enalapril, suspendido a los 4 años del diagnóstico, manteniéndose hasta la fecha normotensa con ecografías renales normales, función renal normal y proteinuria leve.

### DISCUSIÓN

La EMD se caracteriza por SN de inicio precoz y rápida progresión a insuficiencia renal crónica terminal en los primeros 3 años de vida. Se presenta aislada o asociada a pseudohermafroditismo masculino y/o tumor de Wilms, constituyendo el S. de Denys Drash. El tratamiento esteroideo o inmunosupresor es ineficaz.

### CONCLUSIÓN

Presentamos una paciente con SN a los 4 meses de vida cuya biopsia presenta las características de la EMD en etapa inicial. Se da el alta con la expectativa de continuar con pasaje de albúmina según necesidad, esperando la progresión de la enfermedad a la IRCT. Contrariamente, la evolución fue favorable. No hemos encontrado en la literatura otro caso con esta evolución. Sería interesante y una decisión a discutir si re-biopsiar a esta paciente luego de 8 años de seguimiento y asintomática.





## INFECCIÓN CRÓNICA POR STAFILOCOCCO AUREUS

Galvagno M.<sup>1</sup>; Buscio M.<sup>2</sup>; Donato M.<sup>3</sup>; Ciavatta J.<sup>4</sup>; Ceballos V.<sup>5</sup>; Pérez G.<sup>6</sup>; Arpí L.<sup>7</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

inesuchi@live.com.ar

RPD  
228

Paciente de 16 años, consulta a la guardia por tumoración paravertebral derecha, dolor y dificultad en la marcha de 3 meses de evolución.

### ANTECEDENTES

Internación en 11/2014 por fractura de T9 y acuñamiento de L1 secundario a traumatismo, que no requirió tratamiento quirúrgico. Durante dicha internación presentó bacteriemia por SAMR. Recibió tratamiento con vancomicina y rifampicina por 14 días y ciprofloxacina por 7 días. Se realizó centellograma normal; ecocardiograma con FA 51%, IT trivial, VI levemente dilatado, derrame pericárdico leve. Sin vegetaciones; ecografía abdominal s/p. RNM columna, sin informe ni imágenes disponibles.

Segunda internación del 16 al 20/2 en otro hospital: ecografía abdominal (normal) y de región paravertebral derecha con masa de 48x10 mm hipoecoica, heterogénea, con Doppler positivo que invade plano muscular. TAC: imagen hipodensa, irregular paravertebral derecha sin compromiso óseo.

Se decide internación para diagnóstico, control clínico y tratamiento.

Al ingreso se realiza ecografía: A nivel de región paravertebral lumbar derecha, colección hipoecoica, con ecos en su interior, que compromete TCS, extendiéndose hacia plano muscular. Mide 5.2 x 3.8 x 3.2 cm.

Laboratorio: PCR 72. Hemograma con leucocitosis con desviación izquierda.

Serologías negativas.

Se toman hemocultivos e inicia tratamiento con clindamicina EV.

Se realiza punción de absceso con cultivo positivo para SAMR.

RMN: proceso que se extiende de L3 hasta articulación sacroilíaca derecha, con señal heterogénea y realce con contraste, con trayecto tubular que comunica con planos musculares profundos. Se extiende hacia el conducto raquídeo a través de los forámenes ocupando el espacio epidural anterior y posterior homolateral. Dicha colección, se extiende a la región paravertebral contralateral. Alta señal en T2 y STIR en médula ósea que compromete L5, alerón sacro derecho e ilíaco y cuerpo L4 con realce con gadolinio.

Por compromiso medular se agrega vancomicina 60mg/kg/día.

Neurocirugía, consideran que no tiene conducta quirúrgica.

RMN control: disminución del proceso inflamatorio de partes blandas de la región lumbar, glútea y paraespinales posteriores derechas a nivel sacro.

10/03 drenaje absceso: pequeña muestra, se manda a cultivo: negativo. Cumplió 20 días de vancomicina y 28 días de clindamicina, tiene RMN mejorada, reactantes de fase aguda mejorados. Se otorga egreso hospitalario con clindamicina.

## ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO DISEMINADA (HEPATOESPLÉNICA). A PROPÓSITO DE UN CASO

Basso M.<sup>1</sup>; Vela M.<sup>2</sup>; Bruno D.<sup>3</sup>; Alonso M.<sup>4</sup>; Miramon M.<sup>5</sup>; Corazza R.<sup>6</sup>; Selandari J.<sup>7</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

mauribasso\_88@hotmail.com

RPD  
229

### INTRODUCCIÓN

La EPAG es una zoonosis frecuente causada por Bartonella henselae, de expresión clínica variable pero solamente en un pequeño porcentaje de pacientes la enfermedad es diseminada.

### OBJETIVOS

- Reportar un caso de enfermedad por arañazo de gato (EPAG) diseminada en un adolescente inmunocompetente.
- Revisar las estrategias diagnósticas y terapéuticas actuales.

### CASO CLÍNICO

Paciente sexo masculino de 10 años, previamente sano, consulta por epigastralgia súbita intensa. Al examen físico: buen estado general, afebril, adenopatía submaxilar derecha de 1,5 x 2 cm, indolora, duro elástica, sin signos de flogosis y múltiples adenopatías pequeñas cervicales. A nivel abdominal: dolor a la palpación en epigastrio, sin hepatoesplenomegalia. Resto del examen físico normal. Se realizan ecografía abdominal y cervical que informa a nivel hepático: estructura heterogénea a expensas de por lo menos 3 imágenes redondeadas nodulares hipoecoicas, la mayor de 13 x 9 mm y en bazo por lo menos 1 imagen sólida heterogénea de 13 x 11mm. Eco cervical con múltiples adenopatías. Laboratorio con reactantes de fase aguda elevados. Se decide la internación del paciente para completar estudios. Se realiza: frotis normal, marcadores tumorales negativos, muestras para serologías, TC de abdomen y pelvis en la que se identifican

formaciones hipodensas que comprometen parénquima hepático y esplénico, realzan heterogéneamente post contraste endovenoso, la mayor de ellas se localiza en segmento II hepático de 26 mm de diámetro. Planteándose como diagnósticos diferenciales: hemangiomatosis múltiple y abscesos diseminados. En RNM de abdomen se observan dichas lesiones con refuerzo anular periférico post contraste EV. Con conducta antibiótica expectante, evoluciona con mejoría de la epigastralgia, desaparición de adenopatías cervicales. Se recibe resultado de serologías B. henselae IgM + 1/32, IgG + 1/80, por lo que se asume EPAG diseminada dada la elevada especificidad y valor predictivo positivo de la IgM asociado al cuadro clínico. Se inició Trimetoprima-Sulfametoxazol más Rifampicina por 6 semanas con control ambulatorio que mostró desaparición de las lesiones viscerales en controles ecográficos.

### CONCLUSIÓN

Dada la alta prevalencia y lo polimorfo de sus manifestaciones se debe tener un alto índice de sospecha de infección por B. henselae.



## SEPSIS POR S. PYOGENES, SECUNDARIA A INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS, A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
230

Muller M.<sup>1</sup>; Balcazar V.<sup>2</sup>; Mastropasqua M.<sup>3</sup>; Carrizo B.<sup>4</sup>; Macula B.<sup>5</sup>; Salvadores C.<sup>6</sup>; Gilardenghi T.<sup>7</sup>; Bustamante L.<sup>8</sup>; Kozicki V.<sup>9</sup>; Carozzo M.<sup>10</sup>  
HOSPITAL IRIARTE QUILMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>  
mceciliamuller@gmail.com

### OBJETIVOS

Describir un cuadro clínico severo como complicación de la administración IM de antitérmicos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Comunicamos el caso de una niña de 10 meses de edad que se interna en nuestro servicio en julio del 2015

### RESULTADOS

Paciente de 10 meses, que consulta por tumefacción en muslo izquierdo de 12hs de evolución y fiebre. Realizó consulta previa por cuadro respiratorio obstructivo y fiebre de 38.5°C, donde se administró antitérmico IM. Al ingreso presenta: palidez generalizada, mucosas secas, leve enoftalmos, taquicardia, taquipnea, abdomen tenso y timpánico, tumefacción indurada, eritemato-violacea en región glútea y cara anterointerna de muslo izquierdo y edema que compromete genitales externos. Se solicita: HMG 10900GB [81N, 12L, 4 M] PQT 411000, UREA 38, GLU103, PCR +, EAB y IONOGRAMA normales, Rx de Tórax: sin particularidades, Ecografía: aumento difuso de la vascularidad, sin colección. Se interconsulta con Cirugía y Traumatología, interpretándose como Celulitis. Se hemocultiva x 2 y se medica con TMS y Clindamicina, EV. Comienza con desmejoría clínica, taquicardia, taquipnea, palidez y aumento del diámetro de la tumefacción. Se reinterpreta como

sospecha de sepsis a punto de partida de celulitis en muslo izquierdo. Se solicitan nuevos hemocultivos, con desarrollo de S. Pyogenes, modificando antibioticoterapia a Vancomicina y Amikacina. Se deriva a centro de mayor complejidad e ingresa a quirófano con sospecha de Sme compartimental, obteniendo líquido purulento con cultivo de secreción positivo a misma bacteria, rotando medicación a Ceftriaxona, Vancomicina y Clindamicina EV. Persiste con leucocitosis en laboratorios de control, solicitándose nuevos cultivos, donde se obtiene ½ S. Pyogenes, se rota de Ceftriaxona a Meropenem. Por buena evolución, persistir afebril y negativización de cultivos, se otorga alta con seguimiento ambulatorio.

### CONCLUSIÓN

La administración de antitérmicos por vía IM, constituye una práctica frecuente en los servicios de guardia pediátrica. Las complicaciones, tanto locales como sistémicas, originadas a partir de la misma, deben obligarnos a utilizar esta vía, solo cuando sea estrictamente necesario.

## INSTITUCIÓN DE SALUD LIBRE DE HUMO DE TABACO ¿COMO SE LOGRA?

PO  
231

Fernandez M.<sup>1</sup>; Beneventi S.<sup>2</sup>; Dasso A.<sup>3</sup>; Díaz C.<sup>4</sup>; Quintana S.<sup>5</sup>; Giubergia V.<sup>6</sup>; Guzman P.<sup>7</sup>  
HTAL DE PEDIATRIA GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
mcfernan01@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El tabaco es la principal causa de muerte prematura evitable en el mundo. En nuestro país cada año mueren 40000 personas debido a enfermedades directamente relacionadas al consumo de tabaco. El tabaquismo es considerado una enfermedad pediátrica, porque comienza en la niñez/adolescencia, es por eso que los pediatras tenemos la obligación de promover conductas saludables en nuestros pacientes y sus familias.

### OBJETIVOS

Nos propusimos trabajar para la comunidad intra y extra hospitalaria, nuestros objetivos fueron: Proteger la salud de todos los trabajadores de la institución. Evitar el inicio del consumo y la exposición involuntaria en nuestros niños. Prevenir los daños producidos por el humo del tabaco ajeno en la salud de los no fumadores. Disminuir el riesgo de accidentes e incendios.

### METODOLOGÍA

Se realizó el diagnóstico de situación del hábito de fumar, con el propósito de elaborar estrategias que protejan la salud de toda la población que trabaja en la institución, mediante encuesta. Se creó el "Grupo de trabajo Hospital Libre de Humo de Tabaco" (Disposición D.M.E. 000238, nov. 2012). Se comunico la meta principal "RESPIREMOS JUNTOS AIRE PURO". Se elaboraron los ejes para la implementación de esta política. Se llevo a cabo: Jornada de

concientización Institucional, desarrollo de cartelería y material educativo para el personal y familiares que concurren a la institución. Se difundió en forma periódica información en intranet (Legislación nacional y de la CABA, efectos en la salud, humo de tercera mano). Se comprometió a los diferentes estamentos de conducción de la institución. Se realizó un video educativo para la comunidad. Se realizaron charlas educativas para padres y actividades recreativas para los niños.

### RESULTADOS

Luego de quince meses de intenso trabajo se logro la certificación como Institución Libre de Humo de Tabaco, dentro del marco del Programa Nacional de Control del Tabaco del Ministerio de Salud.

### CONCLUSIÓN

Con el compromiso adquirido como el primer hospital pediátrico Libre de Humo de Tabaco del país, y el rol social que tienen las instituciones de salud, continuamos trabajando para las familias, los niños y la comunidad hospitalaria, como forma de sostener e incrementar nuestro logro.





## DÉFICIT DE ACIL COA DESHIDROGENASA DE ÁCIDOS GRASOS DE CADENA MUY LARGA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y RESALTAR LA IMPORTANCIA DE UN ABORDAJE INTEGRAL PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

RPD  
232

Barbagallo M.<sup>1</sup>; Palmerio L.<sup>2</sup>; Manini P.<sup>3</sup>; Raitano P.<sup>4</sup>; Pensa P.<sup>5</sup>; Durand C.<sup>6</sup>; Vazquez G.<sup>7</sup>; Tuccillo P.<sup>8</sup>  
HOSPITAL NAVAL DR PEDRO MALLO<sup>1,2,3,4,5,7,8</sup>; LABORATORIO DE NEUROQUÍMICA DR CHAMOLES<sup>6</sup>  
mjbarbagallo@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Es un error congénito en el metabolismo de los ácidos grasos de cadena muy larga (VLCADD), afectando esta enzima, cuya función es catabolizar el primer paso de la  $\beta$ -oxidación de los mismos.

### OBJETIVOS

Resaltar la importancia de realizar un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado para evitar complicaciones graves como Insuficiencia renal y/o hepática, alteraciones cardíacas.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 11 años de edad, oriunda de Ushuaia, sana previamente, consulta por decaimiento, dolor en miembros inferiores y abdominal, con vómitos, diarrea, y macrohematuria, de 24 a 48 horas de evolución, luego de realizar actividad física leve a moderada intensidad, con laboratorio con Urea 208 mg/dL, Creatinina 3.5 mg/dL, CPK 22575 U/L, se interpreta el cuadro como insuficiencia renal aguda secundaria a rhabdomiolisis, ingresa a Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Al momento del examen físico: Buen estado general. Lucida conectada. Eucárdica. Dolor en ambos miembros inferiores, en reposo. Sin sangrados activos. Diagnósticos diferenciales: Alteración enzimática muscular; Miositis

viral, solicitando Resonancia Magnética muscular de ambos miembros superiores normal; Enfermedad reumatológica, con perfil reumatológico normal.

Laboratorios generales: con CPK en descenso, Ecografía renal bilateral normal; Estudio metabólico en sangre y orina, en el cual se diagnostica Déficit de Acil Coa deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena muy larga. Se indica dieta con bajo contenido graso, con ácidos grasos de cadena mediana, buena hidratación. Evitar ayunos prolongados y ejercicios físicos intensos. Con normalización de parámetros de laboratorio, se decide seguimiento ambulatorio.

### CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La VLCADD es autosómica recesiva, se recomienda asesoramiento genético. Pacientes con fenotipos más leves deben limitar el ejercicio físico y la exposición al calor y al frío, así como evitar el ayuno. El Bezafibrato es un beneficio potencial en pacientes miopáticos con actividad enzimática residual. La VLCADD puede ser mortal. Programas de pesquisa neonatal han mejorado el pronóstico en todos los fenotipos; aun así, es mucho mejor en los fenotipos más leves, siempre que se cumplan los protocolos terapéuticos.

## MUCOPOLISACARIDOSIS DE SAN FILIPPO, A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
233

Zaslavsky V.<sup>1</sup>; D Errico C.<sup>2</sup>; Piazza C.<sup>3</sup>; Di Lalla S.<sup>4</sup>; Gomez Sosa M.<sup>5</sup>; Nakab A.<sup>6</sup>  
ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
vanezas81@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La Mucopolisacaridosis es una enfermedad en la que se presenta un déficit de enzimas lisosomales. La tipo III es de transmisión autosómica recesiva. La incidencia descrita es de 1/25.000-70.000 nacidos vivos. Se define clínicamente por facies tosca, alteración del crecimiento, deterioro progresivo del sistema nervioso central, visceromegalias, macrocefalia, cifosis dorso lumbar, alteraciones de extremidades y cutáneas.

### OBJETIVOS

Presentar un paciente de 6 años portador de enfermedad genética poco frecuente, Mucopolisacaridosis tipo III; con múltiples complicaciones y secuelas respiratorias, agravadas por la patología de base.

### CASO CLÍNICO

Paciente NT/PAEG, embarazo controlado, serologías negativas, que a los 2 meses de vida presentó episodio de bronco aspiración con paro cardiorespiratorio. Ingres a terapia intensiva y luego pasa a terapia intermedia permaneciendo internado dos años, durante los cuales el paciente presentó múltiples episodios de neumonías asociadas a respirador con rescate de Pseudomona Aeruginosa, infección del tracto urinario con ectasia piélica unilateral, desnutrición crónica y sepsis a foco respiratorio. Egres a traqueostomizado con VNI e internación

domiciliaria. Al examen físico presenta facies tosca, hipertriosis, macrocefalia y macroglosia, cuello corto, Cifoescoliosis severa, retraso mental, fallo de medro, eucárdico, normotenso, con hipoventilación en pulmón derecho y abundantes rales gruesos bilaterales y roncus. Abdomen sin visceromegalias, hipospadia, sin adenomegalias. Concorre mensualmente a Internación por Hospital de día polivalente para seguimiento interdisciplinario por servicios de Genética, neumonología, foniatría, traumatología, endoscopia respiratoria, cuidados paliativos, nutrición, kinesioterapia respiratoria, cardiología, urología, neurología y comité de bioética. Se encuentra en plan quirúrgico por cifoescoliosis, que agrava su función pulmonar y por riesgo de cuadruplejía.

### CONCLUSIONES

La Mucopolisacaridosis tipo III no cuenta con tratamiento enzimático específico ni terapia génica hasta la actualidad. El pronóstico de vida es alrededor de la segunda década de la vida. Se indica asesoramiento genético. La terapéutica se basa en la rehabilitación Kinésica, cuidados ortopédicos e interdisciplinarios y apoyo familiar.



## TUBERCULOSIS NEONATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Nuñez J.<sup>1</sup>; Siri M.<sup>2</sup>; Vela M.<sup>3</sup>; Bruno D.<sup>4</sup>; Corazza R.<sup>5</sup>; Basso M.<sup>6</sup>; Stratico R.<sup>7</sup>; Selandari J.<sup>8</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
juanpablomercader@hotmail.com

RPD  
234

### INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un paciente con tuberculosis (tbc) neonatal. Enfermedad de baja prevalencia, con alta morbimortalidad debido a que suele presentar signos inespecíficos, catalogándose a menudo como una sepsis neonatal. Podemos diferenciarla de la forma congénita a través de los criterios Cantwell que requiere que el niño tenga lesiones tuberculosas y uno de los siguientes criterios: lesiones confirmadas en los primeros días de vida, complejo primario hepático o de granulomas hepáticos con contenido caseoso, tbc de la placenta o del tracto genital femenino confirmado, descartarla posibilidad de contagio en la etapa neonatal.

### OBJETIVOS

Resaltar como diagnóstico diferencial dentro de la sepsis neonatal con foco respiratorio, la tuberculosis, dado la morbimortalidad que implica a esta edad y la mejora del pronóstico con terapéutica precoz.

### RESUMEN

Paciente de 28 días de vida derivado de otra institución, internado por lactante febril sin foco con cultivos negativos, tratado con Ampicilina Gentamicina, evoluciona con dificultad respiratoria. Se interroga al ingreso en búsqueda de antecedentes patológicos destacándose

que durante el embarazo la madre cursó neumonía con derrame sin rescate de germen y recaída a los 8 días de puérpera. Se realiza al niño radiografía de tórax en la que se observan múltiples infiltrados pulmonares bilaterales. Con sospecha de tuberculosis se realizan PPD (negativa) y baciloscopia de lavados gástricos por tres, observándose bacilos ácido alcohol resistentes. En búsqueda de complejo primario se obtiene ecografía abdominal sin imágenes patológicas. Inicia tratamiento con drogas tuberculostáticas y por dificultad respiratoria requirió aporte de oxígeno suplementario y corticoides con buena evolución clínica. Luego de 55 días de internación se otorga egreso sanatorial completando tratamiento con drogas antituberculosas en forma ambulatoria.

### CONCLUSIÓN

Una anamnesis completa amplía los diagnósticos posibles y permite instaurar el tratamiento precoz aún en enfermedades poco prevalentes en neonatos. Mejorando el pronóstico y evitar complicaciones a largo plazo. Además valorar el rescate de germen en lavado gástrico en neonatos pero siempre correlacionando con los factores clínicos y epidemiológicos dada la posibilidad de rescate de Micobacterias ambientales no-tuberculosis.

## ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE TRAUMATISMO DE CRÁNEO PEDIÁTRICO

Hernandez G.<sup>1</sup>; Mendez J.<sup>2</sup>; Sosa F.<sup>3</sup>

HOSPITAL ALEMAN<sup>1 2 3</sup>  
gabrielandresh@hotmail.com

PO  
235

### INTRODUCCIÓN

El traumatismo encefalocraneano (TEC) es frecuente en niños, y es una causa común de consulta por guardia y de internación. La mayoría TEC son leves y no se asocian con daño cerebral. Sin embargo, un pequeño número de niños que aparentan tener bajo riesgo de lesión cerebral, pueden tener fractura o lesiones intracraneanas y las tomografías computadas (TAC) tienen una sensibilidad muy alta para detectarlos. Se realiza un estudio descriptivo sobre la epidemiología del TEC en niños de 0 a 15 años evaluados en el Hospital Alemán.

### OBJETIVOS

Describir las características clínicas y epidemiológicas del TEC en nuestra población.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron, en forma retrospectiva, todos los pacientes de 0 a 15 años, evaluados en guardia e internados por TEC desde enero del 2006 a diciembre del 2014. Se realizó la búsqueda en el período descripto utilizando la Historia Clínica electrónica. El TEC se clasificó en leve, moderado y grave, de acuerdo al score de Glasgow (SG). Se registraron edad, sexo, mecanismos del TEC y síntomas acompañantes (vómitos, pérdida de conciencia, etc.), estudios que fueron solicitados, y los que requirieron internación o terapia intensiva.

### RESULTADOS

Se evaluaron 9918 pacientes, 4066 (41%) pacientes eran de sexo femenino. El 18.8% fue menor de un año de edad, sin diferencia significativa de sexo en ese rango etario. El 5.9% (589) permaneció en observación al menos 4 horas, el 2,9% (287) se internaron en sala, y el 0.41% (41) requirieron internación en UTIP. El 57% de los TEC ocurrió dentro del hogar. Se solicitaron 575 TAC y 4165 radiografías de cráneo. Se hallaron 68 fracturas y 5 sangrados intracerebrales, y 9 pacientes requirieron neurocirugía. Ningún paciente falleció a causa del TEC.

### DISCUSIÓN

El paciente menor de 2 años con TEC tiene características especiales. En nuestra población, el 90% de los pacientes que sufrieron daño era menor de 2 años y un 6% de esos pacientes tuvieron fractura y SG normal. Por otro lado, hemos analizado en nuestro estudio un sobreuso de TAC en pacientes sin aparente riesgo de daño cerebral. A pesar de los algoritmos clínicos propuestos en los últimos años, hacen falta más estudios para disponer de una guía de decisión clínica en el manejo del TEC ajustado a edad, ya que este es una entidad sumamente frecuente y el uso de las tomografías de cráneo está en aumento.



## PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN NIÑOS CON FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (INFORME PRELIMINAR)

PO  
236

Iturzaeta A.<sup>1</sup>; Torres F.<sup>2</sup>; Casas Rey C.<sup>3</sup>; Pompozzi L.<sup>4</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2</sup>; HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC JP GARRAHAN<sup>3,4</sup>  
aiturzaeta@yahoo.com.ar

### INTRODUCCIÓN

La hipertensión enmascarada (HE) en pediatría es una entidad que solo se diagnostica mediante el Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA). Hay poca información sobre su prevalencia en nuestro medio.

### OBJETIVO

Estimar la prevalencia de hipertensión enmascarada en niños con factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, prospectivo. Se incluyeron pacientes de 5 a 11 años de edad con factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial (HA), con presión arterial normal asistidos en forma ambulatoria. Se realizó historia clínica estandarizada, registro de presión arterial y MAPA. Se estimó prevalencia de HE sobre el total de pacientes evaluados. Tamaño de muestra para una prevalencia esperada de HE del 10±5% fue estimado en 110 pacientes. Se cuenta con la aprobación del Comité de Docencia e Investigación y el de Ética en Investigación del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

### RESULTADOS

Se incluyeron al momento 70 pacientes, edad promedio 8,8 ± 1,6 años, 40 fueron mujeres. El tiempo promedio de MAPA fue 22,9 ± 3,1 horas. Los factores de riesgo observados fueron: antecedentes neonatales en 13 pacientes (parto prematuro el más frecuente); todos tenían al menos un antecedente personal (el más frecuente fue ingesta aumentada de sal en 53 pacientes, seguido de obesidad en 50 pacientes); 57 presentaron al menos un antecedente familiar (los más frecuentes HTA y diabetes en 45 y 32 casos respectivamente).

El MAPA permitió identificar 9 pacientes con HE (12,8%; IC95: 6,9-22,6%); 5 pacientes con hipertensión nocturna aislada (7,1%; IC95: 3,1-15,6%); y 13 pacientes como pre-hipertensión (18,6% IC95: 11,2-29,2%).

Los 9 pacientes con HE fueron 7 varones y 2 mujeres, 8 con obesidad, con al menos un antecedente familiar, 4 con antecedentes de infecciones urinarias y 2 con nefropatía - microalbuminuria. Los pacientes con HE presentaron registros promedio de PAS y PAD de 24 horas (MAPA) significativamente mayores que en pacientes sin HE.

### CONCLUSIÓN

La prevalencia de HE en niños con factores de riesgo de desarrollar HTA fue superior al 10%. Es necesario, aún, completar el tamaño muestral para determinar si se mantiene esta prevalencia. La detección de HE podría aportar beneficios a corto y largo plazo.

## IMPACTO DE UN PROGRAMA DE USO DE ANTIBIÓTICOS ASOCIADO A NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA DETECCIÓN PRECOZ Y TRATAMIENTO DE BACTERIEMIAS POR BACILOS GRAM NEGATIVOS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS

PO  
237

Ruvinsky S.<sup>1</sup>; Taicz M.<sup>2</sup>; Martiren M.<sup>3</sup>; Perez M.<sup>4</sup>; Gonzalez S.<sup>5</sup>; Reijtman V.<sup>6</sup>; Mastroianni A.<sup>7</sup>; Romero R.<sup>8</sup>; Cinqui G.<sup>9</sup>; Constanzo P.<sup>10</sup>; Hernandez C.<sup>11</sup>; Bologna R.<sup>12</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12</sup>  
sruvinsky@hotmail.com

Opción a Premio

### INTRODUCCIÓN

La implementación de nuevas tecnologías MALDI-TOF MS para identificación precoz de bacilos Gram Negativos (BGN) requiere un programa de uso adecuado de antibióticos (ATB) para lograr optimizar los tratamientos.

### OBJETIVO

Analizar el impacto de un programa y nuevas tecnologías para optimizar el uso ATB en niños con bacteriemia por BGN en un hospital de alta complejidad.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, de intervención antes después sin grupo control. Población: niños hospitalizados de 1m a 18a con bacteriemia por BGN. Unidad de análisis: demora en hs ATB adecuado. Período Pre I 6/14-5/2015, Post I 6/15-5/16) Intervención: Difusión e implementación de la nueva tecnología, se realizó Gram e identificación por MALDI-TOFMS y sensibilidad ATB VITEK2. Se difundió la información obtenida mediante grupo WhatsApp (microbiología, infectología y farmacia). Análisis estadístico: STATA 9.0

### RESULTADOS

120 episodios fueron incluidos (n= 60 Pre y Post-I). No hubo diferencias grupo Pre vs Post I (p>0.05) respecto a: mediana edad 33 m vs 41 m, enfermedad de base 98 % vs. 95%, diagnóstico final: bacteriemia 22% vs 12%, bacteriemia relacionada a CVC 35% vs 47%, secundaria 43% vs 42%, presencia de sepsis 53% vs 45%. Tratamiento empírico adecuado 97% vs 95%. Aislamiento microbiológico pre vs post I:

enterobacterias 58 (14% BLEE+) vs 40 (15% BLEE), Pseudomonas Aeuruginosa 1vs10, otros BGN no fermentadores 1 vs6, Se modificó tratamiento ATB inicial 33(55%)vs 37 (62%) OR 1.3 (IC 95% 0.6-2.7) p=0.9. La mediana demora en adecuación ATB: 48hs (RIC 36-48hs) vs 24 hs (RIC 24-48hs)p=0.0016. Veintidós vs 12 p requirieron UCI OR 0.42(IC 95% 0.18-0.96)p=0.03. La mediana días UCI fue 25(RIC 6-36) vs 20 (RIC6-42)p=0.07, mediana días internación 29 (RIC 14-66)vs 16(RIC 13-35) p=0.05. Fallecieron 7(12%)vs5 p (8%) por infección. Mortalidad 30 días:10 (17%) pre vs 6 (10%) post I,p=0.28. La mediana hs uso inadecuado vancomicina: 59hs(RIC 37-85.5)vs 27 hs (RIC22-47) p=0.003; colistín 48 hs(RIC 48-96)vs24(19-24). Análisis univariado ingreso a UCI: <1 año OR 2.5 (1.07-6.3),p=0.038, mediana días internación previo a bacteriemia 15. vs. 2,p=0.002, mediana días totales internación 34 vs. 17, p=0.0002, mortalidad a 30 días 10 vs 6 p, intervención del programa OR 0.42 (0.18-0.9), p=0.03. Análisis multivariado : internación previa >14 días OR3.4 (1.4-8),p=0.007, Intervención programa OR 0.4(0.17-0.9),p=0.04.

### CONCLUSIÓN

El Programa de intervención asociado a la detección precoz de BGN fue efectivo.



## MYCOPLASMA PNEUMONIAE: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON COMPROMISO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

RPD  
238

Ramos Mejía L.<sup>1</sup>; Carrasco Lucas M.<sup>2</sup>; Araguas J.<sup>3</sup>; Villar M.<sup>4</sup>

HOSP MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO<sup>1,2,3,4</sup>

lujanramosmejia83@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

Mycoplasma pneumoniae es responsable del 40 % de las neumonías adquiridas en la comunidad en niños entre 3 y 15 años. Un 25% de los infectados tiene compromiso extra pulmonar y el 6 a 7% de los pacientes internados presentan alteraciones del SNC como meningoencefalitis, mielitis transversa, ataxia cerebelosa, polirradiculitis, Síndrome de Guillain Barré, parálisis de Bell, infarto cerebral y psicosis.

### OBJETIVO

Describir dos casos clínicos de infección por Mycoplasma pneumoniae, confirmada en suero y LCR, con manifestaciones neurológicas.

### DESCRIPCIÓN

Caso 1: Niña de 11 años previamente sana, se interna por letargia, hipoxemia y cefalea de 15 días de evolución y fiebre 48 hs. LCR: 110 leucocitos/mm<sup>3</sup>, predominio linfocitario. Inicia tratamiento con Aciclovir y Ceftriaxone. En LCR no se obtiene desarrollo bacteriano, PCR para Enterovirus, H.S, arbovirus, varicela, CMV (-) y PCR para TBC (-). RMN: áreas hiperintensas frontales izquierdas en T2 sin refuerzo con contraste, Angio RMN normal. Evoluciona con mioclonías, sensorio alterante, trastornos psiquiátricos, debilidad muscular y status epiléptico eléctrico por EEG, ingresa a terapia intensiva. Al 16º día, por persistencia de la clínica, se efectúa nueva punción lumbar, citoquímico normal y PCR (+) para Mycoplasma pneumoniae en LCR

e IgM e IgG (+) en suero. Inicia Claritromicina EV y pulsos de Corticoides. Al 6º día del tratamiento presenta mejoría neurológica agregándose parálisis facial y ptosis palpebral que resuelven con Piridostigmina.

Caso 2: Niña de 3 años previamente sana, antecedente de CVAS, ingresa por ataxia de 3 días de evolución. Tóxicos en orina (-), RMN y citoquímico de LCR normales con PCR (+) para Mycoplasma pneumoniae en LCR e IgM e IgG (+) en suero. Se indica Claritromicina EV y luego VO por 28 días totales, con remisión completa.

### DISCUSIÓN

Las manifestaciones de SNC en la infección por Mycoplasma pneumoniae, leves o graves, pueden ser por acción citopática directa o inmuno mediada. La presencia de PCR positiva para Mycoplasma pneumoniae en LCR es altamente sugestiva de infección. La disponibilidad actual de los estudios diagnósticos mediante PCR nos brinda la posibilidad confirmar etiología aún en manifestaciones extrapulmonares poco frecuentes. Descartadas las causas más habituales de infección de SNC, el Mycoplasma pneumoniae es una etiología a considerar.

## ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
239

Mancera A.<sup>1</sup>; Martignetti C.<sup>2</sup>; Corigliano M.<sup>3</sup>; Ramos L.<sup>4</sup>

HTAL. DR ARTURO OÑATIVIA<sup>1,2,3,4</sup>

analiamancera@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato es producida por Bartonella Henselae (BH) y se caracteriza por la aparición de linfadenopatía regional. Afecta generalmente a menores de 20 años, inmunocompetentes, de evolución benigna y autolimitada.

El diagnóstico suele demorarse luego de varias evaluaciones clínicas y de laboratorio. Alrededor del 90% de los pacientes tiene antecedentes de contacto con gatos y/o arañazo.

### OBJETIVOS

Elevar el índice de sospecha de la enfermedad por arañazo de gato como diagnóstico diferencial en adenitis.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de cuatro años de edad con tumoración submaxilar y fiebre que se interna por fracaso al tratamiento ambulatorio con amoxicilina -ácido clavulánico. Paciente eutrófica con controles pediátricos y vacunación adecuada, sin antecedentes patológicos de importancia. La lesión es indurada, redondeada, eritematosa y dolorosa y el resto del examen físico sin particularidades. Por clínica, laboratorio de ingreso y ecografía se plantea adenitis infecciosa abscedada se hemocultiva y se rota a clindamicina 30 mg/kg/día. Se toma muestra por incisión y drenaje para cultivo y estudio anatomopatológico. Al persistir febril, sin mejoría clínica, con cultivos negativos, se investigan otras causas. Se descarta

tuberculosis por PPD y radiografía de tórax normal, también enfermedad oncológica por frotis sanguíneo e informe de anatomía patológica y agentes como citomegalovirus, toxoplasmosis y Epstein Barr por serologías negativas. Ante lo subagudo del cuadro y por epidemiología positiva, se sospecha enfermedad por arañazo de gato, se envían muestras por punción aspiración y suero al Instituto Malbrán para investigar BH, rotando a claritromicina 15mg/kg/día. Con dos días de franca mejoría clínica y desaparición de la fiebre, egresa para completar tratamiento antibiótico oral y seguimiento ambulatorio. Posteriormente se confirma el diagnóstico al recibir serología para BH IgG e IgM positivas.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La enfermedad por arañazo de gato debe plantearse entre los diagnósticos diferenciales en pacientes con adenopatía regional, destacando la importancia de la anamnesis dirigida en búsqueda del antecedente epidemiológico de contacto con gatos. Sólo un alto índice de sospecha podría hacer que éste sea un diagnóstico precoz tanto ambulatorio como hospitalario, de modo que se eviten así, procedimientos y terapéuticas innecesarias.





## DEBILIDAD DE MIEMBROS SUPERIORES

*Campos M.<sup>1</sup>; Galvagno I.<sup>2</sup>; Buscio M.<sup>3</sup>; Donato M.<sup>4</sup>; Ciavatta J.<sup>5</sup>; Ceballos V.<sup>6</sup>; Arpi L.<sup>7</sup>*

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1234567</sup>

alecampos\_84@hotmail.com

RPD  
240

Niño de 4 años y 9 meses, que consulta el 02/05 por debilidad en brazo izquierdo a predominio proximal y dolor en región cervical, sensorio conservado; antecedente de haber presentado CVAS y fiebre las últimas 48 horas. Maduración acorde a edad. Se interna para estudio .

### ANTECEDENTES

RNT/PAEG, vacunas completas. En seguimiento por hipoplasia de papila con estrabismo convergente del OI. Vesicolitotomía en 2013 por litiasis renal.

A las 48hs presenta progresión de enfermedad, cuadriplejía flácida, dificultad respiratoria y globo vesical, por lo que se decide pase a UCI. Permaneció intubado 20 días, debido al fracaso en weening respiratorio se decide realizar TQT el 23/05 sin complicaciones.

Se realiza:

- \* HMC negativos
- \* RMI: Cerebro Polimicrogiria perisilviana bilateral. Hipoplasia de nervio óptico izquierdo. Las señales del tronco cerebral puede corresponder a romboencefalitis. R M de Columna: Mielitis transversa extendida longitudinalmente.
- \* EMG con VC en los 4 miembros: Indemnidad de nervio periférico tanto en MMII como en MMSS tanto distal como proximal.
- \* Se aísla enterovirus en LCR .

Bandas oligoclonales negativas.

Se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona por 10 días, plasmaféresis 3 dosis, ciclofosfamida.

Desde el aspecto neurológico presenta cuadriparesia, con escasa en movilidad de mano derecha, moviliza dedos de mano izquierda y movimiento leve de ambos pies, pupilas isocóricas reactivas. Reflejos cutáneo-abdominales negativos. Hasta el 11/07 permanece en ARM.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: NEUROBLASTOMA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, EL ROL DEL PEDIATRA

*Hamui E.<sup>1</sup>; Bocanera J.<sup>2</sup>; Villalba S.<sup>3</sup>; Tomasino F.<sup>4</sup>; Zirone S.<sup>5</sup>; Chazarreta Cifre M.<sup>6</sup>; Marino A.<sup>7</sup>; Escalante R.<sup>8</sup>; Luna M.<sup>9</sup>; Escalante M.<sup>10</sup>; Piatti F.<sup>11</sup>; Machado P.<sup>12</sup>; Romero G.<sup>13</sup>; Kinen M.<sup>14</sup>; Torresi L.<sup>15</sup>*

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO<sup>123456789101112131415</sup>

eliahmui@gmail.com

RPD  
241

### INTRODUCCIÓN

El neuroblastoma es un tumor sólido frecuente en pediatría, originado en las células de la cresta neural del sistema nervioso periférico simpático, pudiendo presentarse en cualquier localización desde el cuello hasta el abdomen, con mayor frecuencia en glándula suprarrenal y tórax. El conocimiento de esta patología y sus diversas formas de presentación, permite su sospecha y diagnóstico temprano en la consulta pediátrica.

### OBJETIVOS

- Describir una forma de presentación atípica del Neuroblastoma en la edad pediátrica
- Demostrar la importancia de un examen clínico completo y paraclínico adecuado en la consulta pediátrica inicial

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 11 meses, eutrófica, correctamente inmunizada ingresa a sala de internación por cuadro de 1 mes de evolución caracterizado por impotencia funcional de miembro inferior derecho, asumida por Servicio de Traumatología como Osteomielitis Aguda en tratamiento antibiótico endovenoso. Es derivada para estudio por constatare masa abdominal. Al ingreso a nuestro servicio, paciente pálida, adenopatías generalizadas; cráneo asimétrico, masa occipital derecha duro-pétreo de 5 cm de diámetro; Masa en hipocondrio derecho, lisa, dura-pétreo, inmóvil, 9 cm de diámetro; Impotencia funcional en miembro inferior derecho, con aumento de diámetro a nivel del muslo. TAC Cabeza, cuello, tórax, abdomen y pelvis (en cráneo dos imágenes sólidas, parietooccipital -51x31 mm- y temporal -10x13mm- derechas, extraaxiales, hiperdensas, con calcificaciones;

Ocupación de celdas mastoideas derechas, adenopatías laterocervicales y en ambos triángulos posteriores; Imágenes micronodulares bibasales, subpreurales; proceso expansivo, sólidos, heterogéneo con áreas hipodensas necróticas y calcificaciones distróficas, encapsulado, en adrenal derecha, 81x70x90 mm; conglomerado ganglionar mesentérico y retroperitoneal; Imagen lítica del tercio diafisario distal femoral, 17x9 mm y acetabular homolateral de 8 mm). Estudios complementarios (Serologías negativas, LDH 1922 , Catecolaminas normales; Hormonas tiroideas normales). Biopsia (Neuroblastoma, poco diferenciado, pobre en estroma, sectores de aspecto neuroendócrino medular; amplificación del Gen N-Myc negativa). Realiza protocolo quimioterápico según Children's Oncology Group para Neuroblastoma E4 de Riesgo Intermedio. PET de control favorable (área metabólicamente activa en glándula suprarrenal derecha, SUV 4). Se realiza resección de neuroblastoma y suprarrenalectomía, sin complicaciones (pendiente informe de anatomía patológica).

### CONCLUSIÓN

Aproximadamente el 70% de los neuroblastomas afectan a la cavidad abdominal, por lo que la mayoría de los pacientes se presentan con síntomas relacionados con el efecto masa o con síndrome general, pero existen formas atípicas de presentación. Es por esto que planteamos la importancia de empoderar el examen integral del niño en la consulta pediátrica, a fin de evitar los sesgos generados por los distintos fraccionamientos del paciente, considerando esto definitorio para lograr un diagnóstico de certeza y poder ofrecer las opciones terapéuticas oportunas.





## OSTEOPETROSIS MALIGNA DE LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Paganini A.<sup>1</sup>; Gonzalez M.<sup>2</sup>; Luque E.<sup>3</sup>; Morales I.<sup>4</sup>; Vacarezza S.<sup>5</sup>; Sosa R.<sup>6</sup>; Brunetto O.<sup>7</sup>; Villanueva M.<sup>8</sup>

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

agustinapaganini@hotmail.com



La osteopetrosis maligna de la infancia es una displasia esquelética, autosómica recesiva, con una incidencia 1:250000 nacidos vivos. Es un trastorno de la resorción y modelación ósea por defecto de la función de los osteoclastos.

### OBJETIVO

Describir características clínicas en una niña de 6 meses con diagnóstico de osteopetrosis maligna.

### DISCUSIÓN

Niña de 6 meses que se interna por bronquiolitis. Primigesta de pareja no consanguínea. Nacida de término con bajo peso para edad gestacional (38/2410). Cesárea por podálica. Internada 10 días para recuperación nutricional. Controles de salud regulares sin particularidades.

Antecedentes familiares tía materna con mortinato de 8 meses (dudosa acondroplasia).

Examen físico: peso 4700kg (Pc<3 Z-3), talla 55,3cm (Pc<3 Z-4,7), perímetro cefálico 40.5cm (Pc10). Fontanela anterior amplia, frente prominente, puente nasal deprimido, micrognatia, ptosis palpebral izquierda, nistagmus horizontal, estrabismo convergente. No fija mirada y reflejo cocleopalpebral sin respuesta. Miembros cortos, hepatomegalia (3 cm por debajo del reborde costal), hipotonía generalizada y retraso de pautas madurativas (presenta sostén cefálico pero no trípode ni sedestación). Radiografía de tórax con signos de atrapamiento aéreo y en el aparato osteoesquelético aumento de la densidad ósea, despegamiento perióstico, metafisis ensanchadas e irregulares (copa de champagne), aumento de la densidad de base de cráneo

y orbitas con morfología de antifaz, vértebras ovoideas, e hipoplasia de la porción anterosuperior de los cuerpos vertebrales.

Laboratorio: anemia, calcemia en el límite inferior, fosfatasa alcalina normal, paratormona elevada, descartando acidosis tubular renal y raquitismo. Ecografía abdominal: hepatomegalia leve. Neuroimagen con signos de hipertensión endocraneana, disminución del calibre bilateral a predominio izquierdo de ambas vainas ópticas y alteración de la señal de la médula ósea. Potenciales evocados auditivos y visuales alterados. Punción aspiración de médula ósea: hipoplasia de las tres series sin blastos. Ecocardiograma normal. Fondo de ojo: palidez temporal. Anatomía patológica de tibia con hallazgos sugestivos pero no concluyentes de osteopetrosis.

### CONCLUSIÓN

Hay múltiples mutaciones que producen esta enfermedad y según estas varía el pronóstico, muchas no son pasibles de trasplante de médula ósea. Debido al compromiso neurológico avanzado, nuestra paciente está dentro del grupo no trasplantable. Ponderamos la importancia de tener en cuenta esta enfermedad como diagnóstico diferencial y la importancia del enfoque global del paciente ya que la niña se internó con diagnóstico de bronquiolitis.

## SINDROME FEBRIL Y ASCITIS

Ciavatta Trabazos J.<sup>1</sup>; Galvagno I.<sup>2</sup>; Buscio M.<sup>3</sup>; Donato M.<sup>4</sup>; Pérez G.<sup>5</sup>; Ceballos V.<sup>6</sup>; Arpi L.<sup>7</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

jesicaciavatta@yahoo.com.ar



Paciente de 8 años que consulta por fiebre de 2 semanas de evolución y dolor abdominal.

En otra institución se indicó cefalexina con diagnóstico de ITU.

Persiste febril, con dolor abdominal, deposiciones desligadas, consultar nuevamente y realizan: hemograma normal, ecografía abdominal: líquido libre en cavidad; diagnostican GEA.

Por persistencia del cuadro concurre a este hospital.

Presenta abdomen distendido, dolor a la palpación en hipogastrio y RHA negativos. Rx de abdomen: niveles hidroaéreos y abundante materia fecal. Hemograma normal, ERS 87 y PCR 105. Se decide internación.

Se realiza: ecografía abdominal: líquido en cavidad con tabiques y aumento de ecogenicidad de la grasa mesentérica.

TAC de abdomen y pelvis: Mínimo derrame pleural izquierdo. Moderada cantidad de líquido libre intra abdominal, realce de las dos hojas del peritoneo. Engrosamiento e hipervascularización del epiplón mayor y de la grasa preperitoneal infraumbilical. Rarefacción de la grasa mesentérica pericolónica con disminución de calibre del colon transverso y sigmoides, sin engrosamiento de la pared.

VEDA: Esófago normal. Estómago: antro con nodularidad marcada. Duodeno: bulbo con edema, eritema y aisladas erosiones. 2º porción con hiperplasia nodular.

VCC: íleon últimos 5 cm con hiperplasia nodular. Mucosa colónica normal. Se toman biopsias.

Anatomía patológica: gastritis crónica, H. pilory negativo.

Ecografía abdominal: aumento de la ecogenicidad de la grasa mesentérica y ganglios mesentéricos aumentados de tamaño.

Hemocultivos negativos, recibe 21 días de ampicilina sulbactam más gentamicina EV.

Coprocultivo, parasitológico y virus en materia fecal negativos.

PPD negativa y lavados gástricos: negativos. Rx tórax normal

Serologías negativas.

Con mejoría clínica y de laboratorio se otorgó egreso hospitalario.

Reingresa por síndrome febril y derrame pleural izquierdo

Se realiza ecografía que evidencia derrame pleural izquierdo con despegamiento de 3.5 cm, con múltiples tabiques en su interior.

Ecografía abdominal: normal.

Laboratorio de lisis normal.

Hemocultivos negativos. Urocultivo negativo. Viroológico en ANF negativo.

Por aumento del derrame pleural y persistencia de fiebre se medicó con piperacilina tazobactam.

Se tomaron esputos con baciloscopia negativa.

Se realiza toma de biopsia pleural y colocación de tubo de avenamiento.

Cultivo de líquido pleural para gérmenes comunes negativo, baciloscopia y cultivo negativos. Serología para histoplasmosis y arañazo de gato negativas.

Anatomía patológica: se observan granulomas, por lo que se inicia tratamiento antituberculoso. Diagnóstico: Pleuritis tuberculosa.



## POLIOMIELITIS POST VACCINAL. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
244

Peirano M.<sup>1</sup>; Carambia L.<sup>2</sup>

HOSPITAL MUNICIPAL PROF. B. HOUSSAY<sup>1,2</sup>  
milagrospeirano@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La poliomielitis o parálisis infantil es una enfermedad de distribución universal prevenible por vacunación desde 1955. Ha sido erradicada en el continente americano, y en Argentina se encuentra erradicada desde 1983. Las vacunas anti poliomielíticas constituyen la herramienta de alta eficacia para lograr el control, la eliminación y la erradicación de la enfermedad. En la actualidad se utilizan en el mundo 2 tipos de vacunas: la vacuna anti poliomielítica oral (Sabin), y la vacuna inactivada (Salk). El riesgo global de poliomielitis post vaccinal es de 1 caso de 2400000 de dosis distribuidas. Aproximadamente dos terceras partes de los casos ocurren en contactos de vacunados, sobre todo en adultos, el resto de los afectados son niños receptores de la vacuna. El riesgo más elevado de parálisis se presenta con la primera dosis de Sabin (1 caso por cada 760000 dosis aplicadas incluyendo vacunados y contactos). Para las dosis subsiguientes el riesgo es sustancialmente menor (1 caso cada 5100000 dosis).

### OBJETIVOS

Presentar el caso de un lactante de 3 meses y medio de edad que presenta cuadro de parálisis flácida, a partir del cual se desarrolla un plan diagnóstico, mediante el cual se arriba al diagnóstico de poliomielitis post vaccinal.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente sexo masculino, de 3 meses y medio de edad, hijo de padres asiáticos, consulta por cuadro de 48 horas de evolución de parálisis flácida de miembro

inferior derecho, afebril, sin otro síntoma acompañante. RNT (39 semanas), PAEG (3800 grs), parto vaginal, serologías maternas negativas. Alimentación con pecho exclusivo. Calendario de vacunas completo. Al ingreso se solicita laboratorio: hto: 38%, hb:12.2 g/dl, GB:10200 (linfocitos 75%), plaquetas 3430000/mm<sup>3</sup>. C3:102, C4:12; VDRL negativa, Ig G Citomegalovirus negativa, Factor anti núcleo y anti DNA negativos. Punción lumbar: fiscoquímico: LCR límpido, incoloro, LC 9/ mm (75% PMN), Hematíes 0-1/mm, Glucorraquia 46 mg% (Dextro 110 mg%), Proteinorraquia 26mg%, se toma muestra para cultivo y PCR para enterovirus, VVZ y CMV. Materia fecal para enterovirus y herpes. Rx panorámica de pelvis, miembros inferiores, columna cervical, dorsal, lumbar y sacra: normales. Ecografía de cadera: normal, sin colecciones, resonancia magnética de medula cervical, dorsal, lumbar y sacra, con gadolinio dentro de límites normales.

### DISCUSIÓN

La vacunación contra la poliomielitis es sin duda la herramienta más eficaz para control y erradicación de la enfermedad. Si bien con Sabin se logra interrupción de la circulación viral mediante inmunidad intestinal, la aparición de efectos secundarios tanto en inmunocompetentes e inmunosuprimidos (paciente y contactos), no tan frecuentes pero si de importancia clínica y de gran impacto en la calidad de vida del paciente y su familia, que plantea una revisión en el uso de Sabin por sobre uso de Salk en el inicio de la vacunación antipoliomielítica

## TASA DE REINTERNACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ALTA COMPLEJIDAD

PO  
245

Barrionuevo M.<sup>1</sup>; Dobenau M.<sup>2</sup>; Ferraris F.<sup>3</sup>; Iparraguirre A.<sup>4</sup>; Arzelan C.<sup>5</sup>; Frangi F.<sup>6</sup>; Verna J.<sup>7</sup>; Llera J.<sup>8</sup>

HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
lucila.barrionuevo@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La tasa de reinternación no planeada dentro de los siguientes 30 días al alta es una medida aceptada de calidad de atención. Conocer la tasa propia de reinternaciones es el comienzo de un proceso de mejora.

### OBJETIVOS

Estimar la tasa de reinternación planeada (RIP) y no planeada (RINP) a los 30 días en pediatría. Describir grupos diagnósticos y motivos de la reinternación y comparar las características de las internaciones (INT) y las reinternaciones (RINT).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño retrospectivo descriptivo.

Criterios de Inclusión: Episodios de INT de pacientes > 31 días y <18 años de edad dados de alta durante el año 2014.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Episodios de INT donde la condición al alta fuera; muerte, fuga, alta en contra de opinión médica o derivación a otra institución.

### DEFINICIONES

Reinternación: Primer episodio de internación del mismo paciente dentro de los siguientes 30 días al alta de la internación.

### INTERNACIÓN

Episodio de internación de pacientes >31 días y <18 años de edad, que no cumple con los criterios de reinterrelación.

Tasa de reinternación: número de RINT/número de INT x 100.

Se capturó la información desde una base secundaria hospitalaria. Se conformó una base de internaciones y otra de reinternaciones, cada episodio solo puede ser parte de una de las bases.

### RESULTADOS

Del total de 3140 episodios; 2528 eran de INT (se excluyeron 70 por condición al alta, quedando 2458), 272 episodios de RINT y 340 otros episodios de RINT (no primera). El 35% (868) de las INT fueron no programadas.

La tasa de RINT a 30 días observada fue 11%, siendo la tasa de RIP del 6% (148) y la de RINP del 5% (124). Los grupos de INT y RINT no mostraron diferencias en edad, sexo y estadía. Los grupos diagnósticos con mayor RINP fueron hematooncología (18.1%), trasplantes (9.6%) y síndrome de intestino corto (5.3%).

La principal causa de RINP fue por infecciones. El principal grupo de RIP fue hematooncología (36%).

### CONCLUSIÓN

La tasa de RIP y RINP encontrada se encuentra dentro del rango publicado en la literatura. Consideramos necesario profundizar el análisis de los diagnósticos con mayor tasa de reinternación. Tanto en las RIP como en las RINP el grupo diagnóstico más frecuente es el de pacientes oncohematológicos.



## A RAZÓN DE UN CASO CLÍNICO DE ANOMALÍA DEL RETORNO VENOSO: CASO CLÍNICO

Savoye N.<sup>1</sup>; Pastore E.<sup>2</sup>; Perez A.<sup>3</sup>; Rojas M.<sup>4</sup>; De Santis A.<sup>5</sup>; Strada M.V.<sup>6</sup>; Ortelao L.<sup>7</sup>; Mayo R.<sup>8</sup>

SANATORIO SANTA FE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

nadia\_s682@hotmail.com



### INTRODUCCION

La anomalía del retorno venoso pulmonar (ARVP) es una malformación donde no hay conexión directa entre ninguna de las venas pulmonares y la aurícula izquierda. Todas las venas pulmonares se conectan con la aurícula Derecha o una de sus venas afluentes. Es una cardiopatía rara, con incidencia del 1,5-3% entre todas las cardiopatías congénitas, manifestándose con mayor frecuencia en varones.

### OBJETIVO

Presentación de caso clínico de un neonato con Síndrome de Down en quien se diagnostica ARVP.

### CASO CLÍNICO

Recién nacido de término, masculino, bajo peso (2100kg), con diagnóstico pregestacional de Síndrome de Down (traslucencia nucal aumentada), que a minutos de su nacimiento presenta cianosis y dificultad respiratoria. Se interna en neonatología, donde por presentar inestabilidad cardiorespiratoria se decide intubación.

Se realiza interconsulta con cardiología infantil quien realiza ecocardiograma y diagnostica ARVP (tipo cardiaca).

Ecocardiograma doppler: vena pulmonar izquierda ingresa a seno coronario. Resto normal.

Examen físico: regular aspecto general, rosa pálido, FR 60 FC 150, saturación 82-89 %, TA 60/32. Pulsos periféricos positivos, impresiona palparse hepatomegalia sin edema.

Cursando 1 día de internación comienza con hematuria. Se solicita coagulograma GB 54500 plaquetas 98000 Hcto38,8 TP 59 KPTT 69, inicia tratamiento con vitamina K. Durante su 3 día de internación comienza con sangrado activo de tubo endotraqueal y digestivo, petequias generalizadas asociado a desaturaciones 65-70%. Se transfunde plaquetas y plasma fresco congelado en dos oportunidades.

Estudios complementarios

Laboratorio Hcto: 36 GR 50.000 F(20/74) Eritro 10 PCR (-) Plaquetas 165.000 Glucemia: 0.60 Uremia:0.20 Proteinemia:5.90 Albumina:3.30 Na:137.9 K 3.5. Hemocultivos: negativos.

Ecografía abdominal: hígado de parénquima heterogéneo con imagen ecogenica en región VI, de 21x18 mm, que podría corresponder a hemangioma. Aumento de la ecogenicidad de la corteza renal bilateral. Tratamiento: Ampicilina, gentamicina, fentanilo, dopamina, dobutamina, vitamina k (dosis habituales) y asistencia respiratoria mecánica.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico de esta cardiopatía mediante el ecocardiograma puede ser suficiente para indicar la cirugía. La corrección quirúrgica precoz del retorno venoso pulmonar anómalo total puede ser realizada con bajo riesgo y buenos resultados a medio plazo. Por lo que queda demostrada la importancia del diagnóstico pregestacional de esta cardiopatía.

## BACTERIEMIA POR SAMS SECUNDARIO A INFECCIÓN PROFUNDA EN NIÑO PREVIAMENTE SANO

Blanco A.<sup>1</sup>; Regonart M.<sup>2</sup>; Tricarico Y.<sup>3</sup>; Bessone C.<sup>4</sup>; Melvin M.<sup>5</sup>; Gorosito M.<sup>6</sup>

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

dra.blancoabi@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

SA produce infecciones en pacientes hospitalizados, inmunocomprometidos y huéspedes normales de la comunidad. La gravedad de estas infecciones es variada y la sepsis es su expresión más grave.

### OBJETIVO

Describir posibilidad de siembra hematógena a distancia a punto de partida de Celulitis Orbitaria positiva a SAMS en paciente inmunocompetente.

### MATERIAL Y METODOS

Paciente de 6 años, eutrófico. Ingresó por Celulitis Orbitaria, realiza tratamiento antibiótico con Cefotaxime y Vancomicina, previa toma de hemocultivos y cultivo de secreción ocular, positivos a SAMS, asumiéndose Bacteriemia, continuando con igual plan. Por agregar dificultad respiratoria, hipo ventilación en base izquierda, hepatomegalia y registros febriles persistentes se solicita Ecocardiograma y Ecografía abdominorenal normal; y Tomografía de Tórax en la cual se observó consolidación en base izquierda y escaso derrame pleural, con múltiples lesiones nodulares, algunas cavitadas en su interior (refuerzan al contraste) en ambos campos pulmonares. Se realiza interconsulta con Servicio de Infectología quien decide rotar antibioterapia a Cefalotina Linezolid, presentando mejoría clínica e imagenológica.

### DISCUSION

SA puede producir desde infecciones benignas hasta enfermedades con riesgo vital, con capacidad de producir enfermedad a distancia. Coloniza la piel y mucosas, muestra preferencia por las fosas nasales. La tasa de portadores varía entre el 10 y 14% y esta condición eleva el riesgo de infección. En las infecciones profundas, el germen más frecuente fue SA 97,4% y solo el 27% fueron SAMS. La incidencia de bacteriemia ha aumentado en las últimas décadas. Se clasifica en adquirida en la comunidad, asociada a atención sanitaria, con enfermedades médicas subyacentes y sin enfermedades asociadas; o adquirida en el hospital. SA era sensible a meticilina y en las últimas décadas adquirió resistencia. Se estima que un 40 a 60% de las cepas de SA son SAMR. Para infecciones por SAMS se prefiere el uso de Cefalotina.

### CONCLUSION

Por tratarse de un patógeno con capacidad metastásica, en todo paciente con bacteriemia positiva a SAMS se debe descartar metástasis a distancia. Las Cefalosporinas de primera generación son de elección y debe considerarse la terapia combinada en áreas poco accesibles como globo ocular, SNC y colecciones supuradas.



## ACERCA DE UN CASO DE ENCEFALITIS INMUNOMEDIADA POR ANTICUERPOS ANTI-NMDA

Peñaloza Miranda A.<sup>1</sup>; Dericco A.<sup>2</sup>; Saez I.<sup>3</sup>; Ibarra D.<sup>4</sup>; Framarin R.<sup>5</sup>  
HOSPITAL POSADAS<sup>1,2,3,4,5</sup>

<adriana\_mpm@hotmail.com>

RPD  
248

### INTRODUCCIÓN

La Encefalitis Inmunomediada por Anticuerpos contra el receptor NMDA fue descrita por primera vez en el año 2007, en un grupo de mujeres con síntomas neuropsiquiátricos severos, movimientos anormales, teratoma de ovario. El diagnóstico, tanto en adultos como en niños, ha incrementado su presencia gracias a la identificación de anticuerpos con antígenos de la membrana neuronal, considerados patogénicos y que están en el 70-75% de los casos. Los diagnósticos diferenciales son amplios, e incluyen encefalitis víricas, entidades psiquiátricas y crisis epilépticas entre otros. Suele asociarse a otras enfermedades autoinmunes, enfermedades tumorales y forma parte de síndromes paraneoplásicos. Es fundamental su reconocimiento y diagnóstico, ya que es una enfermedad tratable.

### OBJETIVO

Reportar el caso de una paciente con encefalitis autoinmune en edad pediátrica, confirmada por la presencia de bandas oligoclonales en LCR y Anticuerpos contra el receptor NMDA. Realizar una revisión sobre las distintas herramientas terapéuticas disponibles. Descripción del caso Paciente femenina de 13 años de edad, con diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus tipo 1, inicia un mes posterior al debut, cuadro clínico caracterizado por convulsión tónico-clónica generalizada con pérdida de conciencia de 5 minutos de duración aproximadamente asociado a hiperglucemia sin cetoacidosis, por lo que concurre a otro hospital. El episodio se interpreta como secundario a descompensación de su patología de base; es estabilizada en guardia y dada de alta tras permanecer en observación durante 24 hs.

Por repetirse episodios convulsivos y agregarse movimientos coreicos, labilidad emocional, movimientos estereotipados de labios, tricomanía, que evolucionaron rápidamente al mutismo y dificultad para la deambulación, deglución e incontinencia de esfínteres, consulta a centro periférico en donde medican con Risperidona y derivan a nuestra institución para mayor complejidad. Se realiza RNM cerebro normal, EEG lentificación global, LCR parámetros normales. La paciente se interna en sala de pediatría con diagnóstico de Síndrome Convulsivo secundario a encefalitis e inicia tratamiento empírico antiviral, anticonvulsivante y antipsicótico, sin mejoría clínica. Es valorada por Neurología, se sugiere toma de nueva muestra de LCR con dosaje de bandas oligoclonales y Anticuerpos ANTI-NMDA suero, por sospecha de Encefalitis Inmunomediada, las cuales resultan positivas, por lo que inicia tratamiento con pulsos de corticoides, seguido de ciclos de gammaglobulina, plasmaferesis y tratamiento biológico con Rituximab. Evoluciona con mejoría parcial luego de 45 días de tratamiento, recuperando funciones motoras, cognitivas y conductuales, con secuelas en los aspectos psiquiátrico, mnésico y visual. Actualmente continúa en seguimiento en forma multidisciplinaria en nuestro hospital.

### CONCLUSIÓN

Es importante la toma de muestra de LCR para diagnóstico oportuno y su análisis en centros especializados, para iniciar tratamiento efectivo, que disminuye comorbilidades y el riesgo de secuelas futuras, promoviendo una mejor calidad de vida para nuestros pacientes.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE SÍNDROME PULMONAR POR HANTAVIRUS

Rouveda L.<sup>1</sup>; Gonzalez Biere N.<sup>2</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS DE AZUL<sup>1,2</sup>  
maty\_rouveda@hotmail.com

RPD  
249

### RESUMEN

Las infecciones por Hantavirus se hallan distribuidas ampliamente en el mundo.

En la Argentina se reconoce el síndrome pulmonar por Hantavirus (S.P.H), determinando tres áreas endémicas en el país: Central: Bs.As, Santa Fe y Entre Ríos :Norte: Salta y Jujuy: Sur: Río Negro, Chubut y Neuquén

Los casos humanos se registran tanto en población rural como en habitantes residentes en áreas urbanas y suburbanas, que se han expuestos a las excretas o al contacto directo con roedores silvestres infectados.

Es de destacar la importancia de la sospecha de SPH inminente para el clínico, recurriendo a la combinación de tres factores: datos epidemiológicos, manifestaciones de fiebre y mialgias y la trombocitopenia.

### OBJETIVO

Sospecha temprana y oportuna del síndrome pulmonar por hantavirus en zonas endémicas.

### DESCRIPCIÓN

Paciente de 12 años, previamente sana sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, que reside en zona urbana.

Comienza con cuadro febril de 72 hs de evolución, siendo evaluada en reiteradas oportunidades. Por persistir febril con decaimiento y regular estado general se realiza hemograma donde se evidencia leucopenia (Gb:

3.500) con plaquetopenia (61.000/mm<sup>3</sup>), decidiéndose su internación. A su ingreso se encontraba afebril, compensada hemodinamicamente, relleno capilar <2 sg. Lucida, reactiva, vigil, Glasgow 15/15, normohidratada, sin visceromegalias, buena entrada de aire bilateral, SatO<sub>2</sub>AA 98%, abdomen blando, depresible, indoloro, Ruidos hidroaéreos positivos. Luego la niña comienza con vómitos y dolor abdominal difuso, por lo que se coloca Php y se ayuna.

A horas de su ingreso comienza con signos de hipoperfusión, cianosis generalizada, pulsos periféricos débiles, auscultándose rales crepitantes bilaterales, realizándose expansión con solución fisiológica, decidiéndose su pase a UTIP. Allí comienza de manera súbita con disnea y signos de claudicación respiratoria inminente aguda realizándose intubación endotraqueal de la que se obtiene secreciones serohemáticas, requiriendo aspiraciones permanentes y expansión con Sol. Fisiológica y medicación inotrópica. Se realiza RCP avanzado por paro cardiorespiratorio, al cual no respondió, produciéndose el óbito.

### CONCLUSIÓN

Es importante frente a la presencia de signos y síntomas de cuadros pseudogripales en áreas endémicas sospechar posible etiología zoonótica.





## DETECCIÓN ACTIVA DE TOXICIDAD SUBCLÍNICA POR PLOMO EN LOS NIÑOS CON SOSPECHA DE ANEMIA PROVENIENTES DE LA CUENCA MATANZA RIACHUELO

PO  
250

Fernandez M.<sup>1</sup>; Galvagno M.<sup>2</sup>; González D.<sup>3</sup>; Rubinstein M.<sup>4</sup>; Villafañe S.<sup>5</sup>; Amoedo D.<sup>6</sup>

HTAL DE PEDIATRIA GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

mcfernan01@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El plomo es un contaminante ambiental frecuente y los riesgos de su exposición son prevenibles. La exposición crónica a bajos niveles produce alteraciones predominantemente en el área cognitiva y neuroconductual. La población más vulnerable son los niños entre 6 meses y 6 años. La literatura (1991) define que valores mayores de 10 ug/dl requieren una intervención. Actualmente no existe límite de seguridad en lo que se refiere a plomemia y neurotoxicidad.

### OBJETIVO

Establecer la prevalencia de toxicidad subclínica en un grupo de riesgo por lugar de residencia (Cuenca Matanza Riachuelo). Realizar las intervenciones necesarias y orientar a las familias en la prevención. Evaluar la utilidad de un cuestionario destinado a la detección de riesgo.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron los pacientes que concurren espontáneamente a la consulta ambulatoria, provenientes de la Cuenca Matanza Riachuelo, con edades entre 1 y 6 años. Se realizaron las encuestas de riesgo ambiental en un formulario prediseñado, así como las determinaciones de laboratorio: PbS y hemograma. Además se entregó material con pautas para disminuir su exposición. Los pacientes con plomemias mayores de 5 µg/dl fueron recitados a la consulta clínica, se intensificaron las pautas sobre reducción de riesgo y fueron recitados para nuevo dosaje a los 6 meses. En los niños con plomemia mayor a 10 ug/dl se repitió el dosaje a los 3 meses. Para la determinación de PbS se utilizó un Espectrofotómetro de Absorción

Atómica Varian AA240Z, con corrección Zeeman, el hemograma se realizó en contadores hematológicos Sysmex XE-2100 y microscopía óptica.

### RESULTADOS

Período agosto 2010-abril 2011 se incluyeron 237 pacientes. La edad promedio fue de 2,7 años (DS 1,4). De ellos n: 22p (9%) tuvieron plomemias mayores a 10 ug/dl (mediana 11,9 ug/dl, rango 10,1 – 31,9 ug/dl), n: 63p (27%) entre 5 ug/dl – 10 ug/dl (mediana 6,9 ug/dl, rango 5,1 – 9,8 ug/dl), n:152p (64%) menor de 5 ug/dl. Al georreferenciarlos 63 % provienen de La Matanza, Lomas de Zamora y Merlo. Del cuestionario surgió como diferencia significativa entre los grupos la existencia de algún trabajo de riesgo RR 3,9 (IC 95% 1,7 a 8,6) p 0,0004. (metalúrgicos, mecánicos, gasistas (litargiro), recolección de chatarra. El 94% presentó disminución significativa de plomemia después de la intervención.

### CONCLUSIONES

La prevalencia en la población estudiada fue 36% (n:85p) para valores mayores de 5 ug/dl. Con el cumplimiento de las medidas higiénico ambientales propuestas a los padres, se logró una disminución significativa de la plomemia de los niños expuestos. Identificar las fuentes ambientales potenciales e instar a su eliminación es importante en la consulta pediátrica. Las intervenciones en la actualidad están focalizadas en aquellos niños que presentan valores de PbS mayores a 10 µg/dl. Este trabajo trata de destacar que un 27 % de la población posee valores de PbS entre 5 y 10 µg/dl. Esto abre un nuevo rango de intervención entre 5 y 10 µg/dl. Con un 77 % de al menos un factor de riesgo es importante identificar, en la consulta pediátrica, las fuentes de exposición e instar a su eliminación.

## ENFERMEDAD DE LEIGH (EL). A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
251

Gutierrez Girard G.<sup>1</sup>; Coomans V.<sup>2</sup>; Capurso C.<sup>3</sup>; Jost V.<sup>4</sup>; Germoglio M.<sup>5</sup>; Garcia J.<sup>6</sup>; Salguero M.<sup>7</sup>

HOSPITAL M.V DE MARTINEZ, PACHECO<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

gabyygutig@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La EL ó encefalopatía necrosante subaguda es una enfermedad neurometabólica congénita poco frecuente que se origina por una anomalía genética, nuclear o mitocondrial, de herencia variable o aparición esporádica, que altera el funcionamiento de la cadena respiratoria mitocondrial. Se caracteriza por la afección multisistémica, con predominio de lesiones en SNC, necrosis del tronco y ganglios basales, que producen retraso en el desarrollo psicomotor, convulsiones, ataxia, neuropatía periférica y atrofia óptica, asociados a crisis de ac. metabólica.

### OBJETIVO

Describir un caso clínico de EL.

Descripción del caso: Niño de 13 años, sin antecedentes patológicos, consulta por sudoración y mareos de 24 hs, asociado a astenia y dificultad respiratoria.

Examen físico: HTA, taquicardia, taquipnea, diaforesis, temblor, dismetría, nistagmus y ataxia. ROT aumentados, Romberg (+), Babinsky y Clonus (-). TAC cerebral: normal. Lab: leucocitosis, LDH elevada, ac. metabólica, ác. láctico y GAP aumentados, ionograma normal. Se decide internación.

Por evolución favorable, egresa con seguimiento por neurología, reingresando a las 48 hs con misma sintomatología asociada a ausencias, y EAB de iguales características. RMN: Múltiples imágenes redondeadas hiperintensas en T2 e hipointensas en flair y T1, áreas de gliosis simétricas en tálamo y mesencéfalo.

EEG: patológico. Se indica ac. Valproico.

Diagnósticos diferenciales planteados: tumor cerebral, errores congénitos del metabolismo, enfermedad desmielinizante y TBC.

Por aumento de ataxia y episodios convulsivos, asociados a movimientos coreicos se realiza RMN control: múltiples lesiones simétricas, hiperintensas en mesencéfalo y tálamo, lesión cavitada en médula espinal con extensión cervical caudal. LCR: normal, bandas oligoclonales (-), virológico (-). Estudios inmunológicos normales.

Se deriva a centro de mayor complejidad. Ingres a UTIP en ARM. Recibió tratamiento para TBC, pulsos de corticoide, plamaféresis, gammaglobulina y quimioterapia. Por la falta de respuesta, con metabólico en sangre y orina alterado, se realiza diagnóstico de EL. Ingres a cuidados paliativos. A los 3 meses fallece.

### CONCLUSIÓN

La EL es una patología poco frecuente. Debe sospecharse en pacientes con afectación de 3 ó más órganos, principalmente con compromiso neurológico progresivo y acidosis metabólica.





## SEPSIS POR SAMR DE LA COMUNIDAD

Donato M.<sup>1</sup>; Galvagno I.<sup>2</sup>; Buscio M.<sup>3</sup>; Ciavatta J.<sup>4</sup>; Perez G.<sup>5</sup>; Ceballos V.<sup>6</sup>; Arpi L.<sup>7</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1234567</sup>

lodonato@hotmail.com

RPD  
252

Paciente de 8 años derivada de La Rioja con diagnóstico de sepsis por SAMR de la comunidad con compromiso osteoarticular y pulmonar.

### ANTECEDENTES

Impotencia funcional y dolor en rodilla izquierda, luego de caída, por lo que consulta, ingresando en shock séptico a punto de partida de artritis de rodilla.

Permanece en UTIP del 29/12 hasta el 18/2, en que es derivada.

Permaneció en ARM 10 días. Presentó distress respiratorio. TAC de torax 22/02 con imágenes nodulares periféricas bilaterales. Áreas de consolidación bibasales a predominio izquierdo con imágenes cavitadas compatibles con neumonía necrotizante.

Requirió 48 hs de inotrópicos. Ecocardiograma trans esofágico con vegetación aórtica. Luego, Insuficiencia aórtica mínima. Realizó múltiples esquemas antibióticos. Hemocultivos + SAMR.

Presentó status convulsivo con EEG, FO y PL normal. Recibió fenobarbital. TAC de SNC lesiones hipodensas sin realce postcontraste a nivel corticosubcortical bifrontales. Lesiones de aspecto giriforme a nivel cortical parietooccipital bilateral con refuerzo postcontraste con ruptura de la barrera hematoencefálica. Las imágenes podrían corresponder a encefalopatía posterior o vasculitis.

Se realizó punción de absceso glúteo, punción de rodilla izquierda y exploración de cadera izquierda. Presenta última TAC de caderas con engrosamiento irregular del plano glúteo izquierdo con aumento de la densidad de los planos grasos. Escaso derrame en ambas caderas a predominio derecho.

Ingreso a esta institución con cuadriparesia y amaurosis bilateral, depresión del sensorio, alteración de la deglución, respiración superficial y requerimiento de O<sub>2</sub>, sin control de esfínteres. Se repite ecocardiograma normal. Presentó HTA. Recibió amlodipina y enalapril. Angio RNM de 2/16 compatible con leucoencefalopatía posterior reversible.

No repitió convulsiones.

RMN y angio RMN: áreas de aspecto secular en topografía parieto-occipital y frontal bilateral, cortico-subcorticales asociadas a imágenes compatibles con necrosis laminar cortical. Ventrículo lateral izquierdo con dilatación retráctil del asta occipital. Con contraste se observa refuerzo giriforme de las aéreas descritas, algunas de las cuales ya se presentaban espontáneamente hiperintensas en secuencia T1. Resto del parénquima respetado. Discreta profundización de espacios subaracnoideos y sistema ventricular amplio. En la secuencia angiográfica disminución de calibre focal de la arteria cerebral posterior derecha después de su unión a la comunicante posterior, presentando posteriormente calibre conservado. Resto de los vasos sin alteraciones.

Proteinograma normal y HIV negativo. Dosaje de GAME dentro de valores normales.

Recibió 6 semanas de tratamiento con Vancomicina y Clindamicina. Presento mejoría clínica. Egresada con TMS y control con Infectología en ciudad de origen. Continuar con rehabilitación motora.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: SEPSIS EN LACTANTE MENOR DE TRES MESES CON FOCO MENÍNGEO Y URINARIO

Falistic M.<sup>1</sup>; Piazza M.<sup>2</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ARGENTINA DIEGO<sup>1 2</sup>

mariavictoria\_fa@hotmail.com

RPD  
253

### INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) es una patología frecuente en la atención inicial al lactante febril, cuya incidencia es alrededor del 2,5% en niños menores de 6 meses. El diagnóstico de sospecha se establece a partir de las alteraciones del sedimento de orina; la visualización directa por parte del microbiólogo (tinción de Gram) es de gran utilidad en estos pacientes. En el lactante menor de 3 meses con sospecha de ITU, el manejo clínico inicial y la necesidad de realizar un estudio completo de sepsis incluyen, en muchos casos, la realización de una punción lumbar (PL).

### OBJETIVOS

- Considerar la posibilidad de presentar bacteriemia y foco infeccioso meníngeo en paciente menor de tres meses que cursa pielonefritis aguda.
- Recalcar la importancia de punción lumbar a un paciente menor de tres meses con síndrome febril sin foco previo a medicación antibiótica.
- Englobar datos positivos del paciente bajo un mismo diagnóstico.

### DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente de 48 días de vida, eutrófico, sin antecedentes relevantes, que consulta por presentar exantema inespecífico generalizado y rechazo parcial del alimento. Se realiza diagnóstico de pielonefritis y se comienza tratamiento con ceftriaxona a 75 mg/kg/día. El paciente continúa con

alteración del sensorio y regular estado general. Se realiza punción lumbar y se interpreta el cuadro como sepsis con foco meníngeo y urinario positivo a E. coli. Se aumenta dosis de ceftriaxona. El paciente cumple tratamiento, evolucionando favorablemente.

### CONCLUSIÓN

Creemos que es pertinente resaltar la importancia de considerar riesgo de sepsis en lactantes menores de tres meses y la necesidad de punción lumbar previo a comenzar medicación, aún habiéndose evidenciado un foco infeccioso.



## A PROPOSITO DE UN CASO. INVAGINACION INTESTINAL EN PACIENTE CON PURPURA DE SCHOLEIN HENOCH

RPD  
254

Grottoli R.<sup>1</sup>; Mandagaran G.<sup>2</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ARGENTINA DIEGO<sup>1,2</sup>  
ritagrottoli@hotmail.com

La Purpura de Schonlein Henoch es la vasculitis sistémica no trombocitopénica más común de la infancia, el 90% de los casos son pediátricos. Frecuentemente es precedida de una infección respiratoria alta o gastrointestinal; sin embargo su etiología exacta se desconoce. Su patogenia es autoinmune, la evolución es autolimitada y su recuperación ocurre luego de 4 a 6 semanas. Es una vasculitis leucocitoclástica que compromete los vasos pequeños. Clínicamente se caracteriza por presentar purpura palpable no trombocitopénica, poliartritis migratoria y poliartralgias, dolor abdominal y afectación renal. En esta patología, el dolor abdominal es de naturaleza cólica y las complicaciones se deben a vasculitis y hemorragias en el peritoneo visceral y parietal que conllevan a aéreas de isquemia. La posibilidad de complicación quirúrgica está presente en el 2 a 6% de los casos.

Se propone el caso de un paciente masculino de 5 años de edad que ingresa por guardia tras referir lesiones eritematosas en miembros inferiores de tres días de evolución a lo que agrega dolor en su tobillo derecho. Al examen físico se constatan lesiones purpúricas palpables en miembros inferiores y por sospecharse enfermedad

de purpura de Schonlein Henoch se decide su internación. Dos días después el niño agrega a su cuadro clínico vómitos y dolor abdominal localizado en flanco y fosa iliaca derecha. Se constata mediante ecografía abdominal, imagen en pseudo riñón compatible con invaginación intestinal. Por dicho motivo se realiza intervención quirúrgica y biopsia de las lesiones de miembros inferiores arribándose al diagnóstico de vasculitis leucocitoclástica.

El objetivo de este trabajo es resaltar la importancia de la detección temprana de la invaginación intestinal como posible complicación quirúrgica en pacientes cursando una purpura de Schonlein Henoch. Como profesionales de la salud, en todo paciente que este cursando una purpura de Schonlein Henoch y comience con dolor abdominal debemos considerar la posibilidad de estar frente a un paciente con una invaginación intestinal ya que su detección temprana evitaría exponer al niño a un mayor riesgo de vida.

## DÉFICIT DE VITAMINA B12. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
255

Lamberti F.<sup>1</sup>; Manini P.<sup>2</sup>; Palmerio L.<sup>3</sup>; Pensa P.<sup>4</sup>; Raitano P.<sup>5</sup>; Tuccillo P.<sup>6</sup>

HNPM<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
floppi.lamberti@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de intestino corto (SIC) es una combinación de signos y síntomas que ocurren luego de una resección quirúrgica, defectos congénitos o por pérdida de la absorción por enfermedad asociada. Se caracteriza por la imposibilidad de mantener el balance energético-proteico, líquido-electrolítico y de micronutrientes.

### OBJETIVOS

Presentación de un caso de un niño con SIC con déficit micronutricional.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 14 años de edad, con diagnóstico de SIC por resección quirúrgica al año de vida, secundario a una complicación por hernia umbilical. Paciente que se alimenta por vía oral y botón gástrico desde los 7 años. Consulta con su pediatra de cabecera por presentar palidez generalizada, astenia y adinamia de 2 semanas de evolución. Al examen físico presentaba palidez generalizada de piel y mucosas, glositis, con fc: 120 x/min. Se realiza hemograma con resultados que arrojaron: Hemoglobina (hb): 6.8 gr/dl, Hematocrito (hto): 19.3%, plaquetas :84.000 mm<sup>3</sup>. Se realiza transfusión de glóbulos rojos a 10 ml/kg y se decide su internación para estudio. Como plan de estudio se realizaron serologías: negativas, PCD y PCI: negativos, Reticulocitos 1.3%, Perfil férrico dentro de parámetros normales, dosaje de vitamina b12: 123pg/ml (210-910), ácido fólico 24 pg/ml e índices hematimétricos: VCM=108 fl, HCM=38pg, CHCM=35%. Se realizo

extendido de sangre periférica que arrojó diagnóstico morfológico de eritrocitos macroovalocitos y megalocitos, con punteado basófilo; las plaquetas disminuidas con gran variabilidad en cuanto a tamaño, neutrófilos hipersegmentados; en ausencia de células inmaduras. Teniendo en cuenta los resultados positivos, se interpreta el cuadro como anemia megaloblástica secundaria al déficit nutricional de vitamina B12 por mala absorción del micronutriente por patología de base.

### DISCUSIÓN Y/O CONCLUSIÓN

La región terminal del íleon presenta receptores para el complejo Factor intrínseco-Cobalamina, haciendo a los enterocitos ileales altamente específicos para la función de la absorción de dicho micronutriente. Los Pacientes con resección intestinal, a predominio de región ileoterminal, son más propensos a padecer patologías asociadas al déficit de Cobalamina. Los pacientes con una resección de íleon terminal mayor de 100 cm. requieren administración de vitamina B12. Las dosis a administrar se calculan en base a la Ingesta recomendada diaria y en función de su concentración sanguínea.



## NEUMATOSIS INTESTINAL POST NATAL: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Conde F.<sup>1</sup>; Burgos M.<sup>2</sup>; Zea Ricardo C.<sup>3</sup>; Romero J.<sup>4</sup>; Spilotti M.<sup>5</sup>; Ponce Giraldez M.<sup>6</sup>; Santillan N.<sup>7</sup>; Lorusso A.<sup>8</sup>

HTAL. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
lacondesafer@yahoo.com.ar

RPD  
256

### INTRODUCCIÓN

La neumatosis intestinal es presencia de gas entre las paredes intestinales y complejo venoso aortomesentérico. Asociada con EPOC, enfermedades autoinmunes, trasplante de órganos, HIV y pacientes con quimioterapia y corticoides. La clínica no es patognomónica, dolor y distensión abdominal pueden ser la única manifestación. Es un hallazgo por anatomía patológica e imágenes. La radiología muestra bullas en el borde intestinal y ocasionalmente neumoperitoneo.

### OBJETIVO

Presentar pacientes con trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) con neumatosis intestinal.

- Niño 5 años. Inmunodeficiencia combinada severa .Día +105 del TCPH distensión y leve dolor abdominal generalizado, deposiciones desligadas. Cultivos negativos. Ecografía abdominal: portograma aéreo.
- Niña 3 años. LMA. Día +137 del TCPH distensión y dolor abdominal generalizado. Videocolonoscopia: ciego hasta colon descendente, mucosa adelgazada, atrófica, lesiones bullosas subepiteliales.
- Niño 8 meses. Inmunodeficiencia común variable. Día +69 : vómitos y diarrea con sangre, cultivos negativos. Videocolonoscopia : mucosa rectal edematizada, sin patrón vascular, eritema en parches, erosiones aisladas; mucosa mamelonada, compatibles con neumatosis.

En todos los pacientes: confirmación diagnóstica por Rx y ecografía. Se indicó ayuno, nutrición parenteral total y tratamiento antibiótico. Buena evolución clínica e imágenes

### CONCLUSIONES

La neumatosis intestinal c/s neumoperitoneo puede revestir gravedad. Considerarla en pacientes TCPH con síntomas abdominales. El tratamiento conservador resuelve el cuadro. El neumoperitoneo, no requiere cirugía excepto con compromiso del estado gral o peritonitis.

## ENCEFALOMIELITIS DISEMINADA AGUDA EN NIÑOS: DESCRIPCIÓN DE 3 CASOS

Falistoco M.<sup>1</sup>; Piazza M.<sup>2</sup>; Rodriguez Paez G.<sup>3</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL ARGENTINA DIEGO<sup>1,2,3</sup>  
mariavictoria\_fa@hotmail.com

RPD  
257

### INTRODUCCIÓN

La encefalomiélitis diseminada aguda (EAD) es una enfermedad pediátrica infrecuente de etiología autoinmunitaria. Es una patología caracterizada clínicamente por la asociación de una encefalopatía aguda o subaguda y déficits neurológicos multifocales siguiendo a un proceso infeccioso que puede no ser evidente. Este trabajo expone coincidencias entre tres casos clínicos asistidos en el Hospital Materno Infantil de la ciudad de Azul.

### OBJETIVOS

Analizar la forma de presentación clínica, analítica, tratamiento y evolución de la Encefalomiélitis Aguda Diseminada. Dar a conocer coincidencias y puntos en común entre tres casos, y describirlos brevemente, siendo una patología poco frecuente.

### POBLACIÓN

Pacientes con sintomatología neurológica asistidos en un hospital pediátrico de la provincia de Buenos Aires.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de tres casos clínicos asistidos en Hospital Materno Infantil "Argentina Diego" de Azul.

### RESULTADOS

Se observó una edad de presentación entre 6 y 7 años, siendo dos pacientes masculinos y uno femenino. La época de presentación fue otoño-invierno y todos los niños habían cursado con cuadro infeccioso de vía aérea superior. En cuanto a la clínica, fue de presentación brusca con síntomas neurológicos como ataxia, alteración del sensorio y empeoramiento clínico progresivo. Sólo uno de los pacientes presentó signos meníngeos y dos de los niños cursaron con síndrome febril asociado. Los reflejos osteotendinosos estaban conservados. Considerando los exámenes complementarios, en los tres pacientes se observaron lesiones hiperintensas multifocales en la RM de cerebro, TC normal y alteración en el LCR (aumento de proteínas y de elementos celulares, con cultivo negativo). Sólo en un caso se obtuvo IgM anti Mycoplasma positivo. El resto de las serologías fue negativo. Todos los pacientes fueron tratados con Aciclovir y Metilprednisolona. La evolución fue favorable, con recuperación ad integrum de todos los niños.

### CONCLUSIONES

A pesar de ser una patología infrecuente en pediatría hemos visto un aumento en la aparición de casos en nuestro centro hospitalario. La epidemiología, la clínica y la evolución coinciden con la descrita en la bibliografía consultada. Es de suma importancia la sospecha diagnóstica para poder actuar en consecuencia.



## MALFORMACION ADENOMATOIDEA QUISTICA

Mackeprang M.<sup>1</sup>; Tranol C.<sup>2</sup>

HZEMI A. DIEGO<sup>1,2</sup>

luzmackeprang@gmail.com



La Malformación Adenomatoidea Quística (MAQ) es una anomalía poco frecuente del desarrollo pulmonar de tipo hamartomatoso, caracterizada por proliferación y dilatación anormal de las estructuras respiratorias terminales, que dan origen a quistes de variados tamaños y localización. Constituye el 25% del total de malformaciones congénitas del pulmón. La gran mayoría (85%) se diagnostican en los dos primeros años de vida por distres respiratorio o infecciones a repetición.

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, debido al riesgo de transformación maligna, infecciones a repetición y crecimiento de las zonas quísticas.

### OBJETIVOS

- Considerar a la MAQ dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con infecciones respiratorias a repetición.
- Destacar la presentación habitual de esta patología, para arribar a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Se presenta el caso de una paciente de 3 meses de edad, RNT (38sem) PAEG (3.320grs), nacida de parto vaginal, sin antecedentes patológicos perinatales, que consulta por presentar primer registro febril de 39° y catarro de vías aéreas superiores. Se realiza Rx de Tórax, evidenciándose imagen radioopaca en campo pulmonar izquierdo, interpretándose el cuadro como Neumonía izquierda, cumpliéndose antibioterapia endovenosa.

La paciente reconsulta al cabo de un mes, por un cuadro infeccioso de iguales características, evidenciándose persistencia de consolidación en campo pulmonar izquierdo, por lo que se solicitan nuevos exámenes complementarios. La TAC de Tórax informa formación sólida, redondeada, con imágenes quísticas internas, definidas, de paredes finas, en lóbulo inferior izquierdo. Es éste el momento en el que se sospecha MAQ. Se deriva a la paciente a centro de mayor complejidad para confirmar diagnóstico y realizar tratamiento adecuado.

Allí se realiza Lobectomía Inferior Izquierda y se envía material a anatomía patológica, diagnosticándose MAQ Tipo I. Cursó complicaciones en el postoperatorio con Atelectasia en lóbulo superior y Neumotórax, con favorable evolución.

### CONCLUSIÓN

A partir de este caso, de una patología poco frecuente que se presente de manera habitual, queremos resaltar la importancia de considerarla frente a otros posibles diagnósticos, para arribar a un diagnóstico precoz y realizar tratamiento oportuno, disminuyendo de esta manera su morbimortalidad.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: OSTEOMIELITIS HEMATÓGENA POR STAPHILOCOCO AUREUS METICILINO SENSIBLE EN UNA NIÑA DE 3 MESES DE VIDA

Fantín L.<sup>1</sup>; Barrego A.<sup>2</sup>; Riso A.<sup>3</sup>; Alvarez Ponte S.<sup>4</sup>; Ibarra M.<sup>5</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5</sup>

lucia\_fantin@yahoo.com.ar



### INTRODUCCIÓN

Las infecciones osteoarticulares por Staphilococo Aureus Meticilino Sensible (SAMS) son relativamente infrecuentes en niños menores de 6 meses sin factores de riesgo asociados, pero pueden dejar secuelas importantes.

### OBJETIVOS

Describir un caso de Osteomielitis aguda por SAMS, sus diagnósticos diferenciales y tratamiento.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 3 meses de edad que consulta por tumefacción de hombro derecho de 1 mes de evolución, siempre afebril. Presenta múltiples imágenes líticas en la evaluación radiológica simple por lo que se realiza drenaje quirúrgico de la lesión con toma de muestras para cultivos y anatomía patológica. Se realiza centellograma corporal total donde se evidencia aumento de la captación a nivel de epifisis proximal de húmero derecho y segunda vértebra lumbar. La radiografía de columna lumbar es compatible con discitis. Con resultados positivos para SAMS tanto en el cultivo de la lesión como en los hemocultivos, se realizó tratamiento combinado con Cefalotina+Gentamicina endovenosa por 14 días para luego continuar con Cefalexina ambulatoria. La histología fue compatible con osteomielitis aguda. La paciente evolucionó favorablemente, con aclaramiento de la bacteriemia a las 48 hs y afebril.

### DISCUSIÓN

Las infecciones osteoarticulares por SAMS son poco frecuentes en lactantes menores de 4 meses sin factores de riesgo asociados. Nuestra paciente no mostró evidencia clínica o de laboratorio compatible con inmunodeficiencia. El único antecedente de importancia que pudimos recabar fue una internación el mes previo por cuadro de Bronquiolitis, donde se colocó vía periférica. La edad de la paciente, la localización de las lesiones y la evolución afebril obligan a descartar la infección por diseminación de la BCG. Se tomaron muestras de lesión para cultivo y directo para BAAR, ambas negativas. En cuanto a la antibioterapia la evidencia disponible es relativa. El esquema elegido fue consensuado con la opinión de expertos y bibliografía extrapolada de pacientes adultos.

### CONCLUSIÓN

Las infecciones osteoarticulares son poco frecuentes en lactantes menores de 4 meses. Su frecuente asociación con factores de riesgo o enfermedades subyacentes obligan a ser exhaustivos en los diagnósticos diferenciales.





## A PROPÓSITO DE DOS CASOS: EFICACIA DEL USO LOCAL DE BLEOMICINA COMO ESCLEROSANTE EN EL TRATAMIENTO DE LINFANGIOMAS ABDOMINALES

RPD  
260

Marino A.<sup>1</sup>; Bocanera J.<sup>2</sup>; Villalba S.<sup>3</sup>; Tomasino F.<sup>4</sup>; Canto C.<sup>5</sup>; Kinen M.<sup>6</sup>; Chazarreta Cifre M.<sup>7</sup>; Escalante R.<sup>8</sup>; Luna M.<sup>9</sup>; Hamui E.<sup>10</sup>; Escalante P.<sup>11</sup>; Romero G.<sup>12</sup>; Machado P.<sup>13</sup>; Piatti F.<sup>14</sup>; Torresi L.<sup>15</sup>

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15</sup>  
antom\_3393@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El linfangioma quístico es una patología tumoral benigna poco frecuente, consecuencia de alteración congénita durante el desarrollo de los vasos linfáticos. Es más común en niños de sexo masculino, habitualmente en zonas de cabeza y cuello; la ubicación intraabdominal es menos frecuente, y los retroperitoneales representan menos de un 1% de los abdominales. La presentación clínica es variable, pudiendo ser sólo un hallazgo a la palpación, de una masa asintomática, o presentarse como un abdomen agudo.

### OBJETIVOS

- Dar a conocer un caso de linfangioma abdominal con énfasis en el estudio imagenológico
- Describir el tratamiento esclerosante como opción terapéutica de los linfangiomas abdominales en niños

### CASO CLÍNICO

#### CASO 1

Paciente de 4 años, eutrófico, correctamente inmunizado, cuadro de 36 horas de evolución caracterizado por abdomen agudo y vómitos biliosos. Al ingreso, tumoración en hemiabdomen inferior, elástica, móvil, dolorosa, 10x10 cm de diámetro; sin defensa, ruidos hidroaéreos negativos. Ecografía abdominal (Formación quística redondeada de paredes delgadas pelviabdominal -10 x 6 cm-, finos ecos internos); TAC Abdomen-Pelvis con contraste (voluminosa formación quística, bilobulada en uno de sus polos, homogénea, líquida, sin refuerzo postcontraste EV, desplaza asas delgadas hacia periferia, provoca efecto de masa,); Marcadores Tumorales (LDH: 1138/alfa feto < 1.3/CEA < 0.5). Por sospecha de Linfangioma abdominal, se realizó punción con drenaje de la

masa; cultivo (negativo): citofisicoquímico (rosado-lechoso, 2200 elementos (5/90)/Glucosa 134/Proteínas 3.5/Albumina 0.3/LDH 352/Triglicéridos 1669); e inyección de Bleomicina en dos oportunidades. Se realiza control tomográfico evidenciándose resolución de dicha patología.

#### CASO 2

Paciente de 5 años, eutrófico, correctamente inmunizado, con antecedente de Síndrome de Gorham Stout, acude a control de su patología de base. Al ingreso se evidencia abdomen globuloso, distendido, blando, depresible, indoloro a la palpación, ruidos hidroaéreos aumentados. TAC abdomen-pelvis con contraste (En mesenterio abundante contenido líquido, polilobulado, multiloculado, septos múltiples, regulares y finos, sin refuerzo). Se realiza tratamiento esclerosante bajo TAC del Linfangioma abdominal, con inyección de Bleomicina en dos oportunidades, evidenciándose en control tomográfico inmediato disminución de las lesiones de hemiabdomen inferior, interpretándose la persistencia de las superiores secundarias a tabicación de la masa (pendiente esclerosis).

### CONCLUSIÓN

Los linfangiomas abdominales son una patología muy infrecuente, de predominio en población infantil. Según su presentación clínica se determina el manejo que se realizará, sin embargo, siempre requiere de una buena evaluación con estudios por imágenes (ultrasonido y tomografía computada). La terapia esclerosante, a pesar del riesgo de recidiva, en el caso de los pacientes descriptos ha sido efectiva. Por esto creemos que resulta una opción terapéutica prometedora a fin de evitar someter a los niños con esta patología a una intervención quirúrgica como primera línea de tratamiento.

## OBESIDAD SECUNDARIA A DISFUNCIÓN HIPOTALÁMICA COMO MANIFESTACIÓN CLÍNICA INICIAL DE LA RECAÍDA EN SNC DE UNA LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
261

Villar M.<sup>1</sup>; Evangelista S.<sup>2</sup>; Molina A.<sup>3</sup>; Goluscio M.<sup>4</sup>; Martinez Posadas M.<sup>5</sup>; Onoratelli M.<sup>6</sup>; Barsotti D.<sup>7</sup>; Fraquelli L.<sup>8</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
<mariavictoriavillar@yahoo.com>

### INTRODUCCIÓN

La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es la neoplasia más frecuente en la edad pediátrica. La mayor parte de los pacientes alcanzan la remisión completa. Solo del 3 al 19% de esos pacientes presentan recaídas de su enfermedad. El sitio más frecuentemente comprometido es la médula ósea. Sólo el 20% de los pacientes que recaen lo hacen de manera extra medular. Dos tercios de las recaídas extra medulares corresponden al compromiso en SNC, presentando una sintomatología clínica variable.

### OBJETIVO

Presentar el caso clínico de un paciente con obesidad hipotalámica como forma infrecuente de presentación de recaída en SNC de una LLA.

### DESCRIPCIÓN

Niño de 10 años de edad con diagnóstico de LLA de Riesgo Intermedio con antecedente de recaída tardía en Médula ósea que recibió tratamiento según Protocolo GATLA. Comienza a los tres meses de iniciado el mantenimiento de la recaída, con ascenso abrupto de peso, trastornos del comportamiento y signo sintomatología compatible con Síndrome de Cushing.

A los seis meses de evolución de los síntomas se deriva al Hospital Garrahan para completar estudios con sospecha diagnóstica de Adenoma de Hipófisis. Se agrega dolor lumbar y claudicación de la marcha en los últimos días.

Entre los estudios realizados, presentó dosaje hormonal con eje adrenal normal y RMN de cerebro y columna observándose engrosamiento del tallo hipofisario e hipotalámico y ocupación del espacio peri medular adyacente al cono, filum terminal y cola de caballo. Finalmente se arriba al diagnóstico de Recaída de LLA en SNC. Comienza a recibir protocolo de Quimioterapia de recaída.

Se asume cuadro de obesidad secundaria a disfunción hipotalámica por infiltración leucémica en SNC.

### CONCLUSIÓN

Conocer que un signo tan frecuente como la obesidad, en niños con antecedentes de una LLA, puede ser la manifestación temprana de una recaída en SNC puede generar un diagnóstico precoz de la misma y un tratamiento oportuno.



## A PROPÓSITO DE UN CASO: NIÑO CON NEUTROPENIA FEBRIL GRAVE POR PARVOVIRUS B19

Challier J.<sup>1</sup>; Miotti E.<sup>2</sup>; Seveso J.<sup>3</sup>; Bertone A.<sup>4</sup>; Alemanni A.<sup>5</sup>; Abalone A.<sup>6</sup>; Atsbury M.<sup>7</sup>

HOSPITAL ESCUELA EVA PERON<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

joyyo\_18@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

El Parvovirus B19 es un agente reconocido del eritema infeccioso, familia Parvoviridae, género Erytrovirus, afecta principalmente preescolares y escolares en forma de brotes. Infecta principalmente las células precursoras eritroides en la médula ósea. Se manifiesta con rash eritematoso malar y rash reticulado tipo encaje en tronco y extremidades.

### OBJETIVOS

Presentación de un caso de infección por Parvovirus B19 con manifestación poco frecuente.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 11 años, sin antecedentes de jerarquía, ingresa a nuestro servicio por cuadro de cinco días de evolución caracterizado por fiebre, faringitis y rash. En tratamiento con Amoxicilina. Por persistencia de fiebre se solicita laboratorio donde se constata neutropenia grave (glóbulos blancos 1600, neutrófilos absolutos 32/mm<sup>3</sup>).

Se toman hemocultivos y se medica con Ceftriaxona 100mg/kg/día y Amikacina 15mg/kg/día y se solicitan estudios complementarios: radiografía de tórax normal, ecografía abdominal que informa leve hepato-esplenomagalia, frotis de sangre periférica en el cual se observan linfocitos activados y ligera anisocitosis. Se interconsulta con servicio de hematología quien informa en frotis de sangre periférica linfocitos activados, de posible etiología viral.

A los 9 días se informa serología viral positiva para Parvovirus B19 y, con cultivos negativos y buena evolución clínica, se suspende tratamiento antibiótico y se asume el cuadro como neutropenia febril grave a Parvovirus B19.

Continúa controles con hematología.

### CONCLUSIÓN

Los pacientes con neutropenia febril, generalmente, son hospitalizados y tratados empíricamente con antibióticos. En inmunocompetentes, la etiología viral es la más frecuente, dentro de ellas el Parvovirus B19 representa, según la bibliografía, aproximadamente un 10 %, siendo ésta patología mayormente descrita en adultos.

Por tal motivo, creemos conveniente considerar, ante la presencia de compromiso medular, ya sea de uno o mas linajes celulares, la sospecha de dicha etiología.

## IMPACTO DE LA MODIFICACIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIFÚNGICA EN UNA COHORTE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HEMATOPOYÉTICO ALOGÉNICO

Figueroa Turienzo C.<sup>1</sup>; Juliá A.<sup>2</sup>; Roizen M.<sup>3</sup>; Epelbaum C.<sup>4</sup>; Santos P.<sup>5</sup>; Staciuk R.<sup>6</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

cfigueroa59@yahoo.com.ar



### INTRODUCCIÓN

Las infecciones fúngicas invasivas (IFI) son una causa importante de morbi-mortalidad en los receptores de trasplante hematopoyético alogénico (THA). Se ha observado un aumento de la frecuencia de hongos filamentosos (HF) respecto a levaduras (L). Existen controversias respecto al riesgo-beneficio de la profilaxis contra HF. En nuestro hospital, a fines del año 2013 se decidió reemplazar el uso de Fluconazol durante la etapa de neutropenia por Voriconazol hasta los 100 días de THA.

### OBJETIVO

Analizar los efectos del cambio de profilaxis en una cohorte retrospectiva de receptores de THA.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó la base de datos de todos los pacientes receptores de THA en los periodos 2012-2013 (P1) y 2014-2015 (P2) y las HC de aquellos pacientes que presentaron IFI. Se evaluó sus características generales y las variables: tipo de THA [Relacionado (R) vs No relacionado (NR)], antecedente de IFI pretrasplante, IFI postrasplante, mortalidad relacionada con el trasplante (MRT) y mortalidad directa por IFI (MDIFI). Se compararon las variables en ambos grupos y subgrupos utilizando la prueba de Fisher para las variables dicotómicas y la prueba de Wilcoxon para las variables continuas. Se consideró significativa una  $p < 0,05$ .

### RESULTADOS

N: P1 75, P2 81. Tipo THA: R P1 60%, P2 47%; NR: P1 40%, P2 53%. Edad m (r): P1 8a (4m-21a), P2 7a (5m-19a). Sexo M: P1 61%, P2 68%. La principal causa de THA fue leucemia aguda. IFI previa: P1 27% vs

P2 42%,  $p < 0,048$ . IFI postrasplante: P1 34,3% vs P2 14,8%  $p < 0,007$ . Tipo de IFI: L: P1 9,3% vs P2 6,2%. Las L predominantes fueron *Cándida no albicans* en P1 y *Rodothorula* en P2. HF: P1 20 % vs P2 9,9%  $p < 0,1$ . *Aspergillus* fue el HF predominante en ambos periodos. MRT: P1 37,8% vs P2 18,6%  $p < 0,008$ . MDIFI: P1 8% (*Aspergillus*) vs P2 1,2% (*Mucor*). Frecuencia de IFI, mortalidad relacionada al trasplante y directamente relacionada con IFI en THA relacionados y no relacionados

P y tipo de THA	n	IFI	L	HF	MRT	MDIFI
P1- R	45	24,4%	13,3%	11,1%	29,5%	2,2%
P2- R	38	13,2%	7,9%	7,9%	7,14%#	0%
P1- NR	30	43,3%	10%	33,3%	50%	16,7%
P2- NR	43	16,3%*	4,7%	11,6%**	29,5%	2,3%##

\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,04$ ; #  $p < 0,01$ ; ##  $p < 0,04$

### CONCLUSIÓN

Se observó un incremento de IFI al ingreso a trasplante. El cambio de estrategia se asoció con una disminución de la MRT en los trasplantes relacionados y de las infecciones por HF y la MDIFI en los trasplantes no relacionados.



## ALTERACIONES METABÓLICAS EN INTOXICACIÓN POR DIFENILHIDANTOÍNA

Zaslavsky V.<sup>1</sup>; Morales I.<sup>2</sup>; Martins L.<sup>3</sup>

ELIZALDE<sup>1,2,3</sup>

vanezas81@hotmail.com

RPD  
264

### INTRODUCCIÓN:

La cetoacidosis es una patología con gran morbimortalidad, requiere un tratamiento enérgico. La corrección metabólica y del medio interno es un desafío para todo pediatra.

### CASO CLÍNICO

Varón de 6 años, con encefalopatía crónica no evolutiva y desnutrición crónica, ingresa a guardia por dificultar respiratorio y alteración del sensorio y tendencia al sueño. Presenta deshidratación grave, relleno capilar enlentecido, regular entrada de aire y broncofonía apical derecha. Asumidose sepsis a foco respiratorio recibe expansión, antibióticos y se solicitan laboratorios y RX tórax observándose neumonía apical derecha. Consulta 48hs antes por fiebre, convulsión tónico clónica generalizada de cinco minutos y crisis asmática moderada, indicándose Salbutamol y Difenilhidantoína a 5 mg/Kg/día, que recibe a 40 Mg/kg/día por error. Laboratorio: Leucocitosis con neutrofilia, hipernatremia, acidosis metabólica con GAP aumentado, glucemia 322, cetonuria y glucosuria. Uremia y transaminasas elevadas. Coagulograma con Quick alterado. Dosaje de Difenilhidantoína 58,4 ng/ml. Se indica carbón activado, vitamina K y plan de hiperhidratación de primer día de cetoacidosis con control horario y correcciones con insulina corriente, a las 7 horas pasa a control cada 4 horas. Normaliza la glucemia a las 72 hs con orina normal. Se interpreta el cuadro como cetoacidosis secundaria a insulino resistencia por intoxicación con Difenilhidantoína cuyo

dosaje normaliza a las 96 horas. Permanece 32 días por motivo social, se interconsultaron los servicios de toxicología, nutrición y diabetes, neurología, foniatría, neumonología, nutrición, cardiología, infectología y servicio social, presentó interurrencias infecciosas respiratorias y mal control de episodios paroxísticos hasta lograr dosaje adecuado de anticomiciales.

### CONCLUSIONES

La cetoacidosis tiene alta morbimortalidad, requiere un manejo avezado por parte del pediatra internista. La intoxicación oral por Difenilhidantoína produce nistagmus, depresión del sistema nervioso central, ataxia, coreoatetosis, convulsiones, hipersensibilidad, anemia megaloblástica, prolongación del tiempo de Protrombina e hiperglucemia, siendo las alteraciones metabólicas presentadas poco frecuentes, por lo que la anamnesis y examen físico deben ser minuciosos para tener sospecha diagnóstica e instaurar la terapéutica adecuada a este cuadro de intoxicación con alteración metabólica grave.

## COQUELUCHE, CASOS CONFIRMADOS EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA PROVINCIA DE BS AS

Guerra M.<sup>1</sup>; Ramos Mejía L.<sup>2</sup>; Caseres M.<sup>3</sup>; Piñeiro Tripodi L.<sup>4</sup>; Santos A.<sup>5</sup>; Gaiano A.<sup>6</sup>

HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<draluciaguerra@gmail.com>

PO  
265

### INTRODUCCIÓN

Coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda, causada por Bordetella pertussis, con reservorio humano exclusivo y de notificación obligatoria. En 2012, Argentina implementó la estrategia de utilización de vacuna triple acelular (dTpa) en las embarazadas a partir de la 20ª semana y se observó una disminución de la mortalidad por tos convulsa a nivel nacional. Sin embargo, en 2015 y 2016 constatamos un incremento de casos en los niños asistidos en el HMMISI.

### OBJETIVOS

Describir las características clínicas, complicaciones y mortalidad, de los casos confirmados de tos convulsa de los pacientes internados entre enero de 2010 y junio de 2016.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, retrospectivo, transversal. Se analizaron historias clínicas de niños menores de 2 años internados en la sala de pediatría del HMMISI.

### CRITERIO DE INCLUSIÓN (CI)

Caso de coqueluche con PCR positiva para Bordetella pertussis en aspirado nasofaríngeo.

### RESULTADOS

22 pacientes cumplieron el CI. La media de edad fue de 2,7 meses (24 días de vida a 1 año). 59 % (13/22) se registraron en 2010 y 2011, y el 27 % (6/22) en 2015. No registramos casos en los años 2013-2014.

En el 68% (15/22) la presentación clínica fue tos cianotizante y 2% apnea. Falleció el 18% (4/22), de estos el 75% (3/4) entre 2010-2012 y fueron menores de 2 meses. Sus madres no habían recibido vacunación contra coqueluche en el embarazo.

1/4 niños falleció en el 2015 a las 24 hs de internación, tenía 1 año y presentó hiperleucocitosis de 230.000/mm<sup>3</sup>. No tenía aplicada ninguna dosis de vacuna quintuple.

4/4 fallecidos presentaron hiperleucocitosis mayor a 40000/mm<sup>3</sup>.

### DISCUSIÓN

Los niños con coqueluche eran menores de 1 año. La mayoría de los fallecidos eran menores de 2 meses, todos presentaron hiperleucocitosis. Se presentó también una defervescencia de la enfermedad durante 2013 y 2014. Estos hallazgos coinciden con la epidemiología de coqueluche en Argentina. Ninguno de los niños con tos ferina fallecidos presentaba vacunación Quintuple. El pasaje pasivo de anticuerpos contra tos convulsa desde la mujer embarazada hacia el niño menor de 6 meses ha sido demostrado. Es indispensable reforzar la indicación de la vacunación durante el embarazo, para proteger a los niños pequeños.



## ERITEMA NODOSO POR LINFOMA DE HODGKIN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Dominguez P<sup>1</sup>; Salgueiro L.<sup>2</sup>; Gonzalez N.<sup>3</sup>; Fronti P.<sup>4</sup>

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4</sup>

<pablogdominguez@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

El eritema nodoso (EN) es una panniculitis septal, caracterizada clínicamente por nódulos eritematosos, calientes y dolorosos usualmente limitados a la superficie extensora de las piernas aunque también puede ser encontrado en muslos, brazos y antebrazos. Se trata de una reacción de hipersensibilidad tardía desencadenada por una gran variedad de antígenos.

Muchos factores etiológicos, incluidas infecciones, drogas y menos frecuentemente enfermedades autoinmunes y neoplasias (leucemia y linfomas) pueden ser asociados con esta entidad. Los linfomas representan una causa rara representando menos del 1% de las mismas.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de eritema nodoso por linfoma de Hodgkin (LH).

### CASO CLÍNICO

Joven de 12 años de edad, de sexo masculino, con antecedente de broncoespasmos en tratamiento desde los 6 meses previos con budesonide. Consultó por nódulos eritematosos y dolorosos de 1 semana de evolución en región pretibial de ambas piernas y antebrazo izquierdo. Negaba fiebre o contacto con tuberculosis, y manifestaba descenso de peso de 3 Kg en los últimos 3 meses. Al examen físico se palpó adenopatía cervical baja izquierda y en la placa de tórax se visualizó ensanchamiento mediastinal. En el laboratorio presentó leucocitosis con desviación a la izquierda y aumento de reactantes de fase aguda. Se aplicó PPD y se solicitó

serología para HIV y muestras de esputo para directo y cultivo de micobacterias. Se realizó TAC de tórax, abdomen y pelvis donde se evidenciaron conglomerados adenopáticos que comprometían la región cervical y mediastinal.

Evolucionó favorablemente con mejoría de las lesiones en ambas piernas. Con PPD, HIV y baciloscopías negativas se decidió realizar exéresis de ganglio cervical. Se enviaron muestras para anatomía patológica, inmunomarcación y cultivos (gérmenes comunes, hongos y micobacterias) obteniéndose, finalmente, el diagnóstico de LH.

### CONCLUSIÓN

Creemos de interés la presentación de este caso por la baja frecuencia de asociación entre ambas entidades. Ante el diagnóstico de EN siempre se deberá buscar la causa subyacente del mismo. Una anamnesis detallada y un examen físico minucioso y completo jerarquizarán la solicitud de exámenes complementarios para detectar la enfermedad asociada e instaurar un tratamiento adecuado y precoz de la misma.

## SIFILIS SECUNDARIA EN LA INFANCIA, PRESENTACION DE UN CASO

Piñeiro Tripodi L.<sup>1</sup>; Santos A.<sup>2</sup>; Martínez J.<sup>3</sup>; Altclas S.<sup>4</sup>; Rolon M.<sup>5</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO<sup>1,2,3,4,5</sup>

<drtripodi@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infecciosa, producida por el *Treponema Pallidum*. En pediatría se pueden identificar dos formas clínicas: congénita (la más frecuente) y adquirida. La sífilis adquirida se transmite casi exclusivamente por contacto sexual y en niños es altamente sugestiva de abuso sexual. La sífilis secundaria puede presentar una variedad de lesiones en piel, mucosas y anexos cutáneos. El diagnóstico precoz permite el inicio del tratamiento evitando complicaciones y diseminación de la enfermedad.

### OBJETIVOS

describir una forma de presentación poco frecuente de sífilis secundaria en la infancia.

### DESCRIPCIÓN

Varón de 6 años, sin antecedentes patológicos, embarazo materno controlado con VDRL negativa. Consulta por lesiones en cavidad oral, no dolorosas, de 3 semanas de evolución con tratamiento local sin respuesta. Examen físico: múltiples papulas y placas eritemato-blanquecinas bien delimitadas, de aspecto vegetante, húmedas, algunas maceradas, localizadas en lengua y paladar. En tronco y miembros presenta máculas eritematosas, no pruriginosas y simétricas; en cuero cabelludo alopecia en parches irregulares. Adenopatías submaxilares móviles, blandas, no dolorosas. Región genital sin lesiones. Laboratorio: VDRL + 512dils, FTAb(+), ELISA HIV negativo, serologías Hepatitis B y C negativas. Se

interna con diagnóstico de sífilis adquirida y sospecha de abuso sexual. Recibe tratamiento con penicilina con buena respuesta. Se realiza denuncia policial, judicial e intervención por servicio social y psicopatología. Se efectuó tamizaje a contactos con VDRL, detectándose casos positivos.

### DISCUSIÓN

Las lesiones verrugosas en la cavidad oral en niños son infrecuentes. Su presencia puede corresponder a infección por *Treponema pallidum*. Es necesario conocer sus manifestaciones clínicas y tener presente la enfermedad como diagnóstico diferencial posible. El diagnóstico de sífilis en un niño antes de la pubertad es sugestivo de abuso sexual y requiere su denuncia a las autoridades pertinentes, realizar catastro familiar, búsqueda de otras enfermedades de transmisión sexual y tratamiento oportuno. Es indispensable realizar profilaxis para ITS y resguardar al niño.



## PURPURA FULMINANS POR *NEISSERIA MENINGITIDIS*: A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
268

Guzman S.<sup>1</sup>; Herschon F.<sup>2</sup>; Rubens I.<sup>3</sup>; Ottino M.<sup>4</sup>

HOSPITAL DURAND<sup>1,2,3,4</sup>

<sabrinaguzmancsi@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La púrpura fulminans (PF) es una entidad clínica poco frecuente que requiere para su correcto tratamiento un rápido reconocimiento por parte del pediatra.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de PF secundaria a sepsis por meningococo en una paciente internada en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UTIP) del Hospital "Carlos G. Durand".

### CASO CLINICO

Paciente de 8 meses, cursando bronquiolitis asociada a fiebre de 48 hs de evolución. Ingresa en mal estado general, con lesiones purpúricas y petequias periorificiales y en 4 miembros, sensorio alternante con pupilas mióticas y shock. En el examen de laboratorio muestra: anemia, plaquetopenia, leucopenia, repercusión renal, hipoglucemia, hipocalcemia, acidosis y alteración de la coagulación. Ingresa a UTIP, inicia ARM, inotrópicos, antibióticoterapia con ceftriaxona (dosis meníngeas), con estabilización en las primeras 12 hs. Presenta como complicaciones alteraciones en la coagulación y plaquetopenia severa persistente con correlato clínico (epistaxis) y lesiones purpúricas necróticas en ambos pies, requiriendo transfusión de plaquetas y plasma fresco reglado normalizando parámetros al 7mo día. Permanece internada 34 días con evolución favorable.

### DISCUSION

La causa más frecuente de PF es la asociada a sepsis por meningococo, aunque se ha reportado casos asociados a sepsis por *Staphilococos Aureus*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococo*. El antecedente de infecciones benignas, por el virus de la Varicela o por *Streptococos*, se asocia a un fenómeno autoinmune llamado PF postinfecciosa, cuya presentación es característicamente distal y en miembros inferiores. El tratamiento agudo de la PF es independiente de su etiología, es una urgencia hematológica. El pronóstico depende del momento de inicio del tratamiento, con una mortalidad y morbilidad alta. Las lesiones purpúricas pueden avanzar a la necrosis con amputación de falanges o incluso miembros si se inicia la terapéutica de forma tardía.

### CONCLUSIONES

La PF es una entidad poco frecuente, cuyo diagnóstico inmediato permitirá iniciar terapéutica precoz lo que condiciona un mejor pronóstico, mortalidad y morbilidad.

Puede ser desencadenada por un agente infeccioso, comúnmente meningococo, pero existen otras entidades cuyo cuadro clínico es similar. La terapéutica consiste en antibióticoterapia precoz, adecuado soporte hemodinámico y eventual corrección quirúrgica de las secuelas.

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE NEURORRETINITIS POR *BARTONELLA HENSELAE*

RPD  
269

Sarmiento E.<sup>1</sup>; Erika G.<sup>2</sup>; Florencia M.<sup>3</sup>; Cardillo J.<sup>4</sup>; Bobbio J.<sup>5</sup>; Cheistwer A.<sup>6</sup>; Martínez Iriart E.<sup>7</sup>

HOSPITAL GUTIERREZ<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<sarmiento.ernestina@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato es una enfermedad infecciosa, producida por la bacteria *Bartonella Henselae*. La manifestación más frecuente es la aparición de una linfadenopatía subaguda regional, generalmente de resolución espontánea. En un 1% de los casos se presenta con neurorretinitis.

### OBJETIVO

Describir el caso clínico de un paciente con diagnóstico de neurorretinitis por *Bartonella Henselae*.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 12 años de edad, previamente sano, con vacunas completas. Consulta por síndrome febril de 7 días de evolución asociado a pérdida aguda de visión de ojo izquierdo de 24 horas de evolución. Al examen físico buen estado general, afebril. Examen neurológico normal. Presenta disminución de la agudeza visual del ojo izquierdo con movimientos oculares conservados, sin dolor. Se realiza fondo de ojo que informa exudados blanquecinos bilaterales y edema de papila de ojo izquierdo. Como dato relevante al interrogatorio exhaustivo surge el contacto frecuente con perros y gatos (adultos y cachorros). Se arriba al diagnóstico presuntivo de neurorretinitis de causa infecciosa dado el cuadro clínico y los antecedentes del paciente.

Presenta en laboratorio leucocitosis con desviación a la izquierda y proteína C reactiva elevada. No se observaron lesiones en RNM de sistema nervioso central. Punción lumbar con citoquímico normal y cultivo de LCR negativo para gérmenes comunes, hongos y micobacterias.

Se realizan serologías resultando positiva para *Bartonella Henselae*, confirmándose el diagnóstico presuntivo.

Se indica tratamiento antibiótico con Trimetroprima Sulfametoxazol durante 6 semanas.

El paciente evoluciona favorablemente, recuperando la agudeza visual del ojo afectado.

### CONCLUSIÓN

*Bartonella henselae* es una proteobacteria responsable de varios síndromes de los cuales la neurorretinitis es uno de los menos frecuentes (aproximadamente 1 al 2%). Sin embargo, en pacientes que se presentan con neurorretinitis, la principal causa es la infección por dicho agente. Por lo tanto, ante una consulta por pérdida aguda de la visión con fondo de ojo compatible debe siempre pensarse en infección por *Bartonella Henselae*.





## ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE NO TIPABLE: A PROPOSITO DE UN CASO

Lofeudo D.<sup>1</sup>; Hourcade A.<sup>2</sup>; Mansilla R.<sup>3</sup>; Pino Ramos M.<sup>4</sup>; Vinuesa M.<sup>5</sup>; Niño Gomez C.<sup>6</sup>; Lojo M.<sup>7</sup>; Arturi A.<sup>8</sup>

HOSPITAL GUTIERREZ LA PLATA<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

danielalp83@hotmail.com

RPD  
270

### OBJETIVO

Describir un caso clínico de meningoencefalitis (ME) con el fin reconocer a este microorganismo como causal de sepsis/meningoencefalitis.

### INTRODUCCION

Haemophilus es parásito obligado, formando parte de la flora habitual humana. La especie H. influenzae (Hi) produce enfermedad respiratoria, celulitis, osteoartritis, sepsis y meningitis. Hi no tipable (NT) es causa frecuente de infección de vía aérea superior y enfermedad pulmonar. Desde la incorporación de la vacuna al Calendario Nacional, se ha incrementado la enfermedad invasiva por cepas no tipables (serotipos e y f).

### CASO CLINICO

Paciente de 15 meses ingresa por convulsión febril atípica, cediendo con benzodiazepinas vía endovenosa (EV) y antitérmicos. Presenta gastroenteritis, deshidratación moderada y desnutrición. Calendario de vacunación completo acorde a la edad. Al examen físico se encuentra postictal, afebril. Se decide hidratación parenteral. Presenta hipopotasemia grave que requiere corrección EV. A las 2 horas, presenta rigidez de nuca, llanto monótono, sensorio alternante. Se solicitan exámenes complementarios de laboratorio, Hemocultivos x 2, hemograma, constatándose leucocitosis con neutrofilia y plaquetopenia, Proteína C reactiva elevada. Se inicia tratamiento con Ceftriaxona por vía EV, por diagnóstico presuntivo de sepsis/ME y se deriva a hospital de mayor complejidad. A las 48hs se informa desarrollo de Hi NT en hemocultivos.

### COMENTARIOS

Los estudios realizados en los países con estrategia universal de vacunación anti Hib, destacan el protagonismo de Hi NT como patógeno en casos esporádicos y brotes de enfermedad invasiva. Un trabajo realizado en el Hospital de Niños de La Plata muestra los aislamientos de Hi por año según serotipo. Los serotipos encontrados fueron: 1 a, 112 b, 1 c, 1 d, 4 c, 3 f y 24 NT. En los años 96, 97 y 98 el porcentaje de aislamientos de Hib fue significativamente mayor que el de no b ( $p < 0,001$ ). En el período 99-01 no hubo diferencias significativas. En el año 2002 el porcentaje de aislamientos de Hi no b fue mayor que el de Hib ( $p = 0,001$ ). (Efron A: Rev Argent Microbiol. 2013;45 (4):240-247) Se observa, actualmente, un aumento significativo de enfermedad invasiva producida por Hi NT comparando con la era prevacuna antiHib. Es fundamental, ante cuadros similares, plantear este patógeno como posible agente etiológico, enfatizar en la vigilancia microbiológica que nos permita elaborar estrategias de prevención en un futuro.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: MENINGITIS TUBERCULOSA

Marino A.<sup>1</sup>; Bocanera J.<sup>2</sup>; Villalba S.<sup>3</sup>; Tomasino F.<sup>4</sup>; Chazarreta Cifre M.<sup>5</sup>; Hamui E.<sup>6</sup>;

Escalante M.<sup>7</sup>; Escalante R.<sup>8</sup>; Luna M.<sup>9</sup>; Romero G.<sup>10</sup>; Machado P.<sup>11</sup>; Piatti F.<sup>12</sup>; Kinen M.<sup>13</sup>; Flynn L.<sup>14</sup>; Ocampo R.<sup>15</sup>

HOSPITAL PROVINCIAL DE ROSARIO<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15</sup>

<antom\_3393@hotmail.com>

RPD  
271

### INTRODUCCIÓN

En 2006 se estimaron en 9,2 millones los nuevos casos de tuberculosis (TBC) en el mundo con un incremento de su incidencia de 0,4% por año. La meningitis tuberculosa representa el 1% anual de todos los casos de TBC y su mortalidad es elevada.

Considerada la forma más letal de TBC, en la práctica su diagnóstico se establece por una suma de elementos clínicos y de laboratorio que la mayoría de veces son inespecíficos y los cultivos.

### OBJETIVOS

- Describir un caso de meningitis tuberculosa en paciente pediátrico
- Destacar la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno como determinantes del pronóstico de la enfermedad
- Conocer para sospechar y tratar las posibles complicaciones de la Meningitis Tuberculosa

### CASO CLÍNICO

Paciente de 4 años, consulta por cuadro de más de 2 semanas de evolución caracterizado por fiebre y vómitos alimenticios. Al examen afebril; hipotenso, bradicárdico; sensorio deprimido con respuesta a estímulos dolorosos, rigidez cervicodorsolumbar, signo de Kerning y Babinsky bilateral positivo. Laboratorio (Leucocitosis); Radiografía de Torax (normal); TAC cráneo y tórax con contraste (Sistema ventricular amplio con áreas de refuerzo meníngeo-difuso micro nodular. Cisternas basales amplias; En tórax, área de consolidación segmentaria anterior para el lóbulo superior izquierdo, con calcificaciones groseras hiliares y mediastinales -estructuras ganglionares calcificadas-). Punción lumbar: (Citofisicoquímico: 120 elementos (10/90)/

Glucorraquia 24 (62)/Proteinorraquia 0.66), cultivo para BAAR (positivo). PCR tuberculosis (negativa). PPD negativa. Se inicia tratamiento tuberculostático con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol y Meprednisona. El paciente evoluciona desfavorablemente, con desmejoría del cuadro neurológico. Electroencefalograma (hipovoltado generalizado con ondas lentas difusas). RMI de Cráneo con contraste (cavidades ventriculares marcadamente aumentadas de tamaño, tercer ventrículo globuloso y cuarto ventrículo amplio. Compromiso de las envolturas meníngeas de aspecto nodulillar en topografía de cisternas silvianas biltareal). Por sospecha de hipertensión endocraneana se realizan punciones lumbares evacuatorias, con evolución favorable. Persiste marcha atáxica.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico de MTBC sigue siendo difícil y se debe dar importancia primordial a las manifestaciones clínicas y características del LCR. La decisión del inicio del tratamiento debe privilegiar conductas activas cuando existe una sospecha fundada de este diagnóstico, así no contemos con todos los elementos necesarios para realizar un diagnóstico de certeza. Al momento de tratar debemos seleccionar la mejor opción con fármacos de buena penetración en SNC, apoyándonos siempre con corticosteroides inicialmente, elaborando un esquema con cuatro fármacos al menos, intensificado y prolongado. Si el objetivo es la completa recuperación del paciente, además lo debemos vigilar cercanamente con controles clínicos y de LCR seriados, estando atentos a la probabilidad de cepas resistentes y las toxicidades que pueden generar los fármacos antituberculosos.



## REPORTE DE UN CASO COMPATIBLE CON SÍNDROME DE DELECIÓN DE GENES CONTIGUOS TSC2/PKD1

RPD  
272

Amaya M.<sup>1</sup>; Scilingo M.<sup>2</sup>; Isern E.<sup>3</sup>

HOSPITAL POSADAS<sup>1,2,3</sup>

<martin-amaya@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El gen TSC2 (cuya mutación produce Esclerosis tuberosa) está situado en el cromosoma 16p13.3 adyacente al gen PKD1 (responsable de la Poliquistosis renal autosómica dominante). Una delección de gran tamaño puede afectar a ambos produciendo el síndrome de delección de genes contiguos TSC2/PKD1, que se caracteriza por la presencia de quistes renales bilaterales en pacientes con Esclerosis tuberosa, agravando el pronóstico de la enfermedad renal.

### OBJETIVO

Describir la presentación de un caso compatible con Síndrome de delección de genes contiguos TSC2/PKD1.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 14 años de edad con diagnóstico de poliquistosis renal que consulta a sección de nefrología infantil donde se constata registro hipertensivo (206/150mmHg), se medica con labetalol y amlodipina y se decide su internación. Al examen físico se observan pápulas de color rojizo agrupadas en nariz y mejillas compatibles con angiofibromas, placa de Chagrin en zona lumbar y temblor fino en reposo. Se realiza ecocardiograma (diámetros del ventrículo izquierdo en límite superior), fondo de ojo (normal) y RMN de cerebro con contraste con secuencia GRE (múltiples áreas hiperintensas cortico-subcorticales bifrontoparietotemporales sin refuerzo sugerentes de hamartomas e imágenes subependimarias hipointensas en GRE, que refuerzan

con gadolinio, compatibles con tuberomas), angioRMN de arterias renales (normal, riñones con múltiples quistes).

Debido a los hallazgos clínicos y de los estudios complementarios se asume cuadro compatible con síndrome de delección de genes contiguos TSC2/PKD1. La paciente evoluciona favorablemente y continúa seguimiento multidisciplinario ambulatorio.

### CONCLUSIÓN

Se debe sospechar Síndrome de delección de genes contiguos en pacientes con Esclerosis tuberosa que presenten de forma congénita o en la infancia, quistes renales bilaterales, sin antecedentes familiares, ya que modifica el pronóstico de la enfermedad renal.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: MIGRAÑA COMPLEJA EN PACIENTE DE 14 AÑOS

RPD  
273

Pozo F.<sup>1</sup>; Morhaim S.<sup>2</sup>; Rolando F.<sup>3</sup>; Rossiter J.<sup>4</sup>; Longueira S.<sup>5</sup>

HZGA DR ARTURO OÑATIVIA<sup>1,2,3,4,5</sup>

<faviopozo@outlook.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

La migraña es una cefalea primaria frecuente e incapacitante. Con alta prevalencia y enorme impacto socioeconómico. Se divide en dos subtipos principales: Migraña sin aura y Migraña con aura, que se caracteriza por síntomas neurológicos focales transitorios que suelen preceder o acompañar a la cefalea. El aura visual es el tipo más común, con una incidencia de un 90% en pacientes con al menos algún episodio. Luego están los trastornos sensitivos que se desplazan y afectan una menor o mayor parte de un lado del cuerpo, rostro o lengua. Menos frecuentes son los trastornos del lenguaje, de tipo afásico principalmente. En caso de que el aura incluya debilidad motora, el trastorno debe ser clasificado como Migraña hemipléjica, o uno de sus subtipos, la cual suele ser bastante infrecuente. La duración aceptada de la mayoría de los síntomas de aura es de una hora, pero los síntomas motores suelen prolongarse.

### OBJETIVOS

Describir una situación clínica no muy frecuente dentro de la consulta pediátrica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 14 años que consulta por cefalea de 4 días de evolución tratada con AINE que en las últimas horas presenta epistaxis, dolor retrocular y hemiparesia braquial bilateral. Sin antecedentes patológicos de relevancia. A su ingreso presenta disminución de la sensibilidad de miembro superior derecho junto a hipereflexia del miembro superior

izquierdo junto a fasciculaciones. Resto del examen físico sin particular. Se realiza TAC de cerebro sin contraste normal, junto a rutina de laboratorio y CPK normales. En el lapso de 4 horas los síntomas revierten espontáneamente. Se realiza interconsulta con Neurología Infantil quienes interpretan el cuadro como una migraña compleja e indican analgesia y seguimiento ambulatorio por especialidad. Posteriormente le realizan Resonancia y Angiorresonancia cerebral que resultan normales, permaneciendo actualmente asintomático. En este caso la reversibilidad de la sintomatología y la angiorresonancia magnética normal favorece al diagnóstico de una Migraña hemipléjica esporádica.

### CONCLUSIÓN

Como en todas las cefaleas, una correcta historia y un examen físico adecuado son la clave para el diagnóstico. Siendo importante estudiar y descartar malformaciones vasculares. Si bien el gold standard es la arteriografía, la resonancia con angiografía es una herramienta diagnóstica útil y no invasiva.



## INCIDENCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA BAJA (IRAB) POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO (VSR) EN MENORES DE 2 AÑOS, NUESTRA EXPERIENCIA EN LA SALA DE PEDIATRÍA DEL HZGA DR RICARDO GUTIÉRREZ DE LA PLATA

PO  
274

*Pino Ramos M.<sup>1</sup>; Ligo R.<sup>2</sup>; Lofeudo D.<sup>3</sup>; Mansilla R.<sup>4</sup>; Menegazzo F.<sup>5</sup>*  
HOSPITAL GUTIERREZ LA PLATA<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<marce\_pinoramos@hotmail.com>  
marce\_pino@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

IRAB es el conjunto de infecciones respiratorias bajas en menores de dos años de edad, considerando a este grupo de mayor vulnerabilidad y mortalidad. Es frecuente en menores de 6 meses, predomina en época estival. Menos del 3% de los lactantes sin factores de riesgo requieren internación y en ellos la mortalidad es menor de 1%. La situación es distinta cuando existen factores de riesgo. Los agentes etiológicos más frecuentes son virales; VSR en un 70% de los casos.

### OBJETIVO GENERAL

Conocer la incidencia de VSR en IRAB en niños de 1 a 24 meses de edad, en sala de pediatría del Hospital Dr. R. Gutiérrez de La Plata durante el periodo de junio de 2015-julio de 2016.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la incidencia de coinfección VSR-Coqueluche.
- Relevar estado vacunal del grupo en estudio.
- Determinar la asociación de los factores de riesgo (FR) ambientales (hacinamiento, tabaquismo, tipo de calefacción) y los factores del huésped (ausencia de lactancia materna, edad menor a 3 meses, desnutrición, prematuridad, bajo peso al nacer) en pacientes con IRAB por VSR.
- Distribución estacional de VSR de los pacientes en estudio.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio analítico de corte transversal con datos obtenidos de historias clínicas de pacientes internados con diagnóstico de IRAB, durante el periodo junio 2015-julio 2016, analizando las siguientes variables: FR del huésped (edad, lactancia materna exclusiva, prematuridad, bajo peso al nacer) y el ambiente (tabaquismo, hacinamiento, tipo de calefacción), criterios de internación para IRAB grave.

### POBLACIÓN

Pacientes de 1 a 24 meses de edad.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con IRAB, donde se les practicó aspirado de secreciones nasofaríngeas (ASNF) para estudio de antígenos virales por técnica IFI y PCR para Bordetella pertussis.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Muestra insuficiente de ASNF.

### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos serán comparados con la bibliografía vigente y con las estadísticas del Ministerio de Salud Nacional y de la Provincia de Buenos Aires.

## SÍNDROME ESTAFILOCÓCICO DE PIEL ESCALDADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
275

*Capurro Merea D.<sup>1</sup>; Zunzuneguy J.<sup>2</sup>; Calleri B.<sup>3</sup>; Alvarez Ponte S.<sup>4</sup>*  
HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4</sup>  
<danicapurro@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

El síndrome estafilocócico de piel escaldada (SEPE) es una enfermedad cutánea poco frecuente cuyo diagnóstico es esencialmente clínico. Se caracteriza por eritema difuso y exfoliación de las capas superficiales de la piel producidas por las toxinas ET-A y ET-B del Staphylococcus Aureus. Se presenta mayormente en menores de 5 años por la ausencia o disminución de anticuerpos específicos antiestafilococo y por la inmadurez renal para depurar toxinas. Su reconocimiento oportuno permite el inicio precoz del tratamiento disminuyendo la extensión del cuadro.

### OBJETIVO

Describir el caso clínico de un paciente con síndrome estafilocócico de piel escaldada.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 1 año previamente sano, con vacunas incompletas, que comienza 96hs. previos a la internación con catarro de vías aéreas, conjuntivitis bilateral y lesiones maculo-papulo eritematosas en mejilla derecha. Consulta al inicio del cuadro donde se indica tratamiento sintomático con loratadina y betametasona vía oral. Frente a la mala evolución consulta en guardia donde se decide su internación con diagnóstico de síndrome estafilocócico de piel escaldada.

Al ingreso el niño se presentaba decaído e irritable, con hiperestesia cutánea, afebril y levemente deshidratado. A nivel cutáneo presentaba un exantema eritemato-pustular con acentuación periflexural, que respetaba segmentos distales de las extremidades inferiores y exudado purulento conjuntival bilateral, sin compromiso de otras mucosas.

Al ingreso se indicó hidratación parenteral, toma de hemocultivos (HMC), tratamiento antibiótico endovenoso con clindamicina, analgesia y fomentos con Agua Blanca de Códex. Se realizaron controles de diuresis y tensión arterial. Presentó buena evolución clínica con HMC negativos, presentando fina descamación de las lesiones a partir del cuarto día de tratamiento endovenoso permitiendo completar el tratamiento en forma ambulatoria sin complicaciones.

### CONCLUSIÓN

El SEPE es una enfermedad cutánea aguda infrecuente con diagnóstico esencialmente clínico. En sus etapas iniciales se puede confundir con cuadros potencialmente graves como las farmacodermias. Reconocerlo es esencial para instaurar el tratamiento precoz y efectivo.



## A PROPÓSITO DE UN CASO DE PSEUDOTUMOR CEREBRI

Chinigioli M.<sup>1</sup>; Martina Cervan M.<sup>2</sup>; Di Silvestri N.<sup>3</sup>; Cuervo M.<sup>4</sup>; Gamboa J.<sup>5</sup>; Montenegro J.<sup>6</sup>

HOSP. HUMBERTO NOTTI<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<micachini\_1@hotmail.com>

RPD  
276

### INTRODUCCIÓN

El pseudotumor cerebral (PTC) es un síndrome que afecta a mujeres jóvenes y obesas caracterizado por síntomas y signos de hipertensión intracraneal (HI) sin lesión estructural ni hidrocefalia en neuroimágenes, con examen neurológico normal excepto por la parálisis del VI par craneal y papiledema con presión elevada de salida del líquido cefalorraquídeo (LCR) en la punción lumbar (PL) con estudio bioquímico normal. La principal complicación es la pérdida visual que puede ser irreversible.

### OBJETIVO

Describir un caso de una niña obesa que consumió minociclina y se le diagnosticó PTC.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 14 años que consulta por cefalea occipital de dos semanas de evolución, acompañada de diplopía y vómitos de contenido gástrico los últimos tres días. Presenta obesidad ( $z=+2,97$ ) y acné severo. Recibió tratamiento con minociclina por aproximadamente un mes, dosis no referida, ya suspendido. Se interna para estudios por presentar papiledema bilateral. Al examen físico presenta paresia del VI par craneal izquierdo, acné en tronco, hirsutismo y estrías blanco nacaradas en abdomen. Analíticas normales. TAC y RMN de cerebro normales. Presión de apertura de PL de 35 cm de H<sub>2</sub>O y 4 cm de H<sub>2</sub>O de cierre, cito-físico-químico normales y cultivos negativos. Se diagnostica PTC.

Inició acetazolamida con control estricto del medio interno. Egresó del hospital asintomática, buena tolerancia al tratamiento y en seguimiento estricto. Se realizará nueva PL con manometría a los 3 meses de tratamiento.

### DISCUSIÓN

La minociclina, tetraciclina semisintética liposoluble, usada para el acné, atraviesa la barrera hematoencefálica e induciría la HI por disminución de la absorción del LCR, debido a la acción del monofosfato de adenosina cíclico sobre las vellosidades aracnoideas.

El tratamiento consiste en restricción hidrosalina, dieta hiposódica en caso de sobrepeso y control de los factores de riesgo.

El tratamiento farmacológico se basa en acetazolamida desde 30 mg/kg/día hasta 1 g diarios, corticosteroides diuréticos (furosemida) y agentes osmóticos (manitol, glicerol).

El tratamiento quirúrgico en casos refractarios, consisten en punciones lumbares evacuadoras, derivaciones lumboperitoneales hasta descompresión del nervio óptico.

Ante la decisión de usar minociclina, considerar sus complicaciones y garantizar el seguimiento y control de los pacientes que la reciben.

## HIPERTENSIÓN PULMONAR IDIOPÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Camerano M.<sup>1</sup>; Urtasun M.<sup>2</sup>; Lavergne M.<sup>3</sup>

HTAL ELIZALDE<sup>1,2,3</sup>

<cameranomarina@hotmail.com>

RPD  
278

### INTRODUCCIÓN

La hipertensión pulmonar arterial idiopática (HAPI) está dada por la elevación de presión arterial pulmonar sin causa demostrable e incluye un registro de presión arterial media  $\geq 25$  mmHg en reposo o  $\geq 30$  mmHg durante el ejercicio. Los síntomas iniciales son inespecíficos y los hallazgos del examen físico tardíos. Es de carácter progresivo y de mal pronóstico cuando no se diagnostica y trata oportunamente. El estudio está dirigido a descartar las causas secundarias y a evaluar su gravedad. Por el mayor conocimiento de su patogenia, surgieron nuevos fármacos con gran impacto en el pronóstico y calidad de vida de los pacientes.

### OBJETIVO

Presentar un paciente con HAPI por ser una entidad poco frecuente y de interés debido a la dificultad diagnóstica.

### CASO CLÍNICO

Niña de 9 años de edad que consulta por presentar durante caminata episodio de síncope y posterior convulsión tónica clónica generalizada. Antecedentes personales: en tratamiento con clobazam por episodios convulsivos de un año de evolución (TAC cerebro y EEG normales) y asma bronquial en tratamiento con budesonide. Refiere disnea al correr de 4 años de evolución. La paciente es derivada a cardiología donde se realiza ecocardiograma con signos hipertensión arterial pulmonar (HAP) severa. Se interna para estudio y tratamiento. Examen físico: Eutrófica. FC 100 lpm R2 aumentado, FR 18 rpm, TA 110/70mmHg, Sat O<sub>2</sub> AA 98%. Resto S/P. Se inicia tratamiento con sildenafil y espironolactona. Se realiza cateterismo

cardíaco con confirmación diagnóstica de HAP y se indica bosentan. Se descartan causas secundarias de HAP. TAC de tórax: dilatación de tronco de la arteria pulmonar, parénquima pulmonar S/P; ecografía abdominal con doppler, centellograma V/Q, espirometría y capilaroscopia normales; HIV y colagenograma negativos; hormonas tiroideas normales. La niña presenta buena tolerancia al tratamiento por lo que se otorga el egreso con seguimiento ambulatorio.

### CONCLUSIONES

El diagnóstico de HAPI requiere un alto índice de sospecha. El mejor método de tamizaje es la ecocardiografía con doppler y para confirmarlo el cateterismo cardíaco. El segundo paso es determinar la capacidad funcional (test de marcha) que se correlaciona con el pronóstico y permite monitorizar el tratamiento. El objetivo primario de la terapia es mejorar la capacidad funcional y prolongar la sobrevida, siendo el tratamiento médico la mejor alternativa. El empleo a largo plazo de sildenafil y bosentan mejora la capacidad de ejercicio.



## A PROPÓSITO DE UN CASO PIOMIOSITIS DEL M. PIRIFORME

Benítez A.<sup>1</sup>; Pérez Maldonado A.<sup>2</sup>; Saglimbeni A.<sup>3</sup>; Fitta R.<sup>4</sup>; Urtasun C.<sup>5</sup>; Lavarra E.<sup>6</sup>

HOSPITAL ZONAL ESQUEL<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

<ane\_1489@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

La piomiositis del piriforme es una enfermedad bacteriana subaguda supurativa del músculo estriado poco frecuente, que afecta a adolescentes y adultos predominantemente de sexo masculino. Su incidencia y prevalencia es desconocida, mayor en países de clima tropical y asociado a inmunodepresión.

La importancia de su diagnóstico radica en implementar tratamiento oportuno para disminuir la invalidez y la mortalidad.

### CASO CLÍNICO

Niña de 12 años de edad, con antecedentes de inmunodeficiencia adquirida, con dolor en región lumbar que irradia a ingle y glúteo izquierdo de 24hs de evolución y un registro febril 12hs previas a la consulta.

Paciente presentaba regular estado general, febril, con impotencia funcional de miembro inferior izquierdo. Abdomen distendido, y globo vesical. Flujo genital purulento.

Se realiza Rx de abdomen de pie, tórax y pelvis, ecografía de partes blandas, abdomen y pelvis sin datos positivos. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, PCR de 79 mg/lit y VES de 91mm. Urocultivo y cultivo de flujo vaginal negativos, HMC x2: S. Aureus meticilino sensible.

RMN de cadera y muslo izquierdo: hiperintensidad en T2WI y SPAIR de la porción proximal del músculo glúteo medio, y del músculo piriforme, con aumento de tamaño de este último, asociado a moderada cantidad de líquido libre en pelvis.

Realizó tratamiento médico con cefalotina 4g/día, con HMC control negativos, mejoría clínica y de reactantes de fase aguda. Alta hospitalaria con cefalexina a 4 g/día a completar 21 días de antibioticoterapia.

### CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Las infecciones profundas de músculos pélvicos son difíciles de diagnosticar por ocasionar signos físicos inespecíficos que sugieren otras patologías más comunes. La piomiositis del músculo piriforme es una entidad poco frecuente, que requiere un elevado índice de sospecha, para un adecuado diagnóstico y tratamiento, más aún asociado a inmunodepresión, siendo la terapia antibiótica y drenaje en caso de abscesos los pilares de éste último. Surge la importancia de conocer la epidemiología y resistencia para realizar un correcto uso de antibióticos y así evitar la generación de nuevas resistencias a los antibióticos. Este tratamiento debe instaurarse en forma precoz, ya que su evolución puede ser potencialmente letal.

## MALFORMACIÓN ADENOMATOIDE QUÍSTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Camerano M.<sup>1</sup>; Laurino E.<sup>2</sup>; Lavergne M.<sup>3</sup>

HTAL ELIZALDE<sup>1,2,3</sup>

cameranamarina@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La malformación adenomatoide quística (MAQ) es una malformación congénita poco frecuente. El diagnóstico es habitual en el período perinatal, pero existen casos asintomáticos que se evidencian durante la infancia o en la adultez. En ocasiones se asocia a otras malformaciones. Puede manifestarse como hydrops fetal, distrés respiratorio neonatal o tardíamente como consecuencia de sobreinfección, neumotórax o en exploraciones de imagen ocasionales. En relación al tratamiento hay consenso general en que es quirúrgico debido al riesgo de malignización.

### OBJETIVO

Presentar un paciente con MAQ por ser una entidad poco frecuente y de interés debido a la dificultad diagnóstica.

### CASO CLÍNICO

Niño de 2 meses de edad, sin antecedentes perinatólogicos patológicos, que consulta a la guardia por presentar fiebre y rinorrea de 5 días de evolución. Examen físico: buen estado general, afrebril, taquipnéico, en suficiencia cardiorrespiratoria. Leve disminución del murmullo vesicular en campo pulmonar medio izquierdo. Se realiza RX tórax (f): imagen radiopaca en hemitórax izquierdo, sin broncograma aéreo. Se solicita ecografía pulmonar: imagen sólida hipoecogénica, heterogénea de 60x39x38 mm, timo conservado. Se decide su internación para diagnóstico y tratamiento. Se realiza hemograma: GB 30900 con predominio PMN, hb 8,7 g/dl, plaquetas 990000, ESD 130 mm/h. Se solicita TAC de tórax con contraste: mediastino lateralizado a la derecha.

LSI y llingula con imagen heterogénea multiquistica, niveles hidroaéreos y áreas hipodensas. Los mismos son sugestivos de MAQ. Se sospecha MAQ sobreinfectada y se indica ceftriaxona-clindamicina. El paciente presenta buena evolución clínica, cumple 14 días de tratamiento y se otorga alta hospitalaria, continuando seguimiento por el servicio de neumonología.

### CONCLUSIONES

La MAQ es una entidad infrecuente fuera del período perinatal, siendo importante sospecharla en niños con sintomatología respiratoria e imágenes radiológicas que puedan sugerirla. La radiología puede mostrar imágenes de neumonía, derrame pleural, neumotórax u otras lesiones quísticas con las que se debe realizar el diagnóstico diferencial. Las lesiones se confirman con TC o RM. A pesar de una buena terapia es imprescindible el seguimiento de estos niños. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección, tanto en pacientes sintomáticos como en los que no, debido al riesgo de transformación maligna, infecciones a repetición y crecimiento de las zonas quísticas.





## HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK, A PROPÓSITO DE UN CASO

Camerano M.<sup>1</sup>; Piccolo A.<sup>2</sup>; Vinelli N.<sup>3</sup>; Matarasso M.<sup>4</sup>

HTAL ELIZALDE<sup>1,2,3,4</sup>

<cameranomarina@hotmail.com>

RPD  
282

### INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática (HD) de Bochdalek es un defecto congénito de la región posterolateral del diafragma, usualmente del lado izquierdo, con el consecuente paso de las vísceras abdominales a la cavidad torácica. A pesar de los progresos en el diagnóstico prenatal y el tratamiento, la mortalidad aún es muy alta en relación a la gravedad de la hipoplasia pulmonar. Las de localización del lado derecho sólo representan el 10% y el diagnóstico prenatal es más difícil debido a la similitud ecográfica del hígado y el pulmón fetal. La sintomatología en estos casos es menor, siendo casi siempre diagnosticadas en etapas tardías por hallazgos incidentales en imágenes o por complicaciones secundarias. Las anomalías asociadas con las hernias derechas son infrecuentes, con excepción de la malrotación intestinal. A diferencia de las formas neonatales, en las de presentación tardía el pronóstico es excelente con una sobrevida cercana al 100%.

### OBJETIVO

Presentar un paciente con HD de Bochdalek derecha por ser una entidad infrecuente y de presentación más tardía que lo habitual.

### CASO CLÍNICO

Niña de 15 meses de edad que consultó a la guardia por presentar fiebre y rinorrea de 3 días de evolución. Al examen físico la paciente se encontraba en buen estado general, eucárdica, sin signos de dificultad respiratoria, murmullo vesicular disminuido y ruidos hidroaéreos en campo pulmonar inferior derecho. Se realizó RX de tórax (f): radiopacidad en base pulmonar derecha. El primer diagnóstico radiológico, fue de una neumonía de base derecha con derrame.

Se solicitó ecografía pleural que informó riñón derecho ascendido intratorácico, hallazgos compatibles con HD de Bochdalek derecha.

Se realiza interconsulta con el servicio de cirugía que indica seguimiento ambulatorio.

### CONCLUSIONES

A pesar de que la HD de Bochdalek es infrecuente, la de aparición tardía se debe sospechar en los pacientes que presenten sintomatología -respiratoria o gastrointestinal- que no se soluciona con tratamiento convencional. Es importante tener en cuenta otras entidades en su diagnóstico diferencial, como neumonías basales, eventración diafragmática, enfermedad quística, agenesia y secuestro pulmonares. En el caso de que la hernia se presente tardíamente de forma asintomática, se debe realizar su cirugía electiva para evitar futuras complicaciones por el paso de las vísceras al tórax, como dolor torácico intenso, incarceration, estrangulación o perforación de las vísceras intratorácicas.

## ENCEFALITIS POR *BARTONELLA SP.* A PROPÓSITO DE UN CASO

Borda S.<sup>1</sup>; Serrano Redonnet C.<sup>2</sup>; Bande A.<sup>3</sup>; Verini A.<sup>4</sup>; Sosa G.<sup>5</sup>; Abramovich N.<sup>6</sup>; Kadi S.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<sabrina-borda@hotmail.com>

RPD  
283

### INTRODUCCIÓN

*Bartonella henselae* es el agente causal de la enfermedad por arañazo de gato (EAG). Se transmite por mascotas infectadas con *Ctenocephalides felis*. La EAG es frecuente y existe una forma típica, linfadenopatía regional subaguda, y formas atípicas con manifestaciones sistémicas (5-15%). La encefalitis aparece 2 a 6 semanas luego de los síntomas clásicos (1-7%). El diagnóstico se realiza mediante pruebas serológicas, PCR o cultivo. Se recomienda tratamiento con Doxiciclina, Eritromicina y Rifampicina.

### OBJETIVO

Reportar un caso de encefalitis secundaria a *Bartonella spp.*

### CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años de edad, sexo femenino, oriunda de Eldorado, Misiones, sin antecedentes patológicos. Refirió contacto con perros y gatos no vacunados, con pulgas y garrapatas. Comenzó en diciembre de 2014 con registros térmicos, cefalea temporo-parietal derecha, crisis de desorientación, alteración de la conducta. Por convulsiones focales y tónico clónico generalizadas se decidió su internación. Se realizó laboratorio, LCR (normal), RMN cerebral (cambios de intensidad de señal en radiaciones ópticas, núcleo putaminal y corteza temporo-parietal derechos) y EEG (focalidad temporal bilateral y actividad desorganizada). Recibió Aciclovir (21 días). Por falta de respuesta se derivó a Hospital de Clínicas. Ingresó con sensorio alterado, clonías, apertura ocular espontánea, ecolalia, hemiparesia izquierda e incontinencia esfinteriana. Se realizaron serologías: VIH, HBV, HCV, HSV I/II, Sarampión, arbovirus, CMV, EBV, alphavirus-flavivirus, CMV (negativas),

IgG HSV I/II y PCR para *Bartonella spp.* (positiva), RMN cerebral y EEG mejorados. En LCR se realizó búsqueda de: parásitos, virus (HSV I/II, CMV, EBV, HHV-6, VZV, Flavivirus, Sarampión, virus JC y Arbovirus): negativos y *Bartonella* (positivo). Se inició tratamiento con Rifampicina/Doxiciclina. Se otorgó egreso hospitalario con examen neurológico normal.

### DISCUSIÓN

El 10% de EAG desarrollan manifestaciones atípicas como: encefalitis, afasia, mielitis transversa, Sme. Guillain-Barre, esclerosis múltiple, meningitis, desórdenes psiquiátricos y neurológicos asociados a bacteriemia por *Bartonella ssp.* El daño al sistema nervioso podría deberse a toxinas neuronales, lesión celular directa o respuesta autoinmune.

### CONCLUSIÓN

La encefalitis por *Bartonella* debería incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con medio epidemiológico que oriente la sospecha.



## REALIDAD ACTUAL SOBRE INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN EL CONOURBANO

Toque Silva G.<sup>1</sup>; Nicolini V.<sup>2</sup>; Christeler V.<sup>3</sup>

H.I.G.A. VICENTE LOPEZ Y PLANES DE GRAL. RODRIGUEZ<sup>1,2,3</sup>

<leonor853@gmail.com>

PO  
284

### OBJETIVO

Determinar la prevalencia del SAMR en las infecciones de piel y partes blandas. Comprobar que las malas condiciones de higiene aumentan el riesgo de presentar infección de piel y partes blandas, detección y adecuado tratamiento.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio retrospectivo descriptivo. Con revisión de historias clínicas de los pacientes internados en sala pediátrica durante el periodo 2015-2016 con diagnóstico de infección de piel y partes blandas.

### RESULTADOS

En el periodo de un año se han internado en el H.I.G.A. Vicente López y Planes de Gral. Rodríguez un total de 1467 pacientes de los cuales 84 pacientes con diagnóstico de infección de piel y partes blandas. De los 84 pacientes el 54% fueron de sexo masculino y 46% sexo femenino. El 29% presentaba haber tenido tratamiento previo vía oral. El 73% el tratamiento de elección fue la clindamicina. El 9.5% se aisló SAMR, el 70% de los pacientes con infección de piel y partes blandas tienen agua de pozo.

### CONCLUSIÓN

El germen q se aisló con más frecuencia en los cultivos de lesión fue el SAMR. Los abscesos de gran tamaño debieron ser drenados junto a tratamiento antibiótico por vía endovenosa para su correcto tratamiento. El aspecto socioeconómico es una variable importante a tomar en cuenta. La higiene adecuada ayuda a prevenir infecciones de piel y partes blandas

## ADENOAMIGDALECTOMÍA POR SAHOS EN EL NIÑO OBESO Y CUERPO EXTRAÑO PILA BOTÓN

Borda S.<sup>1</sup>; Parreño S.<sup>2</sup>; Paoli B.<sup>3</sup>; Arabolaza M.<sup>4</sup>

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN<sup>1,2,3,4</sup>

sabrina-borda@hotmail.com

RPD  
285

La hipertrofia adenoamigdalina es un factor importante en la patogénesis de las apneas obstructivas del sueño. La adenoamigdalectomía, una de las cirugías más frecuentemente realizadas en niños, no es un procedimiento exento de complicaciones. Los pacientes con Síndrome de apneas/hipoapneas obstructivas del sueño (SAHOS) severo presentan un riesgo aumentado, sobretodo en el postoperatorio. La obesidad, por otro lado, es un factor riesgo independiente para cualquier procedimiento quirúrgico y es una patología creciente en el mundo actual. Los niños obesos suelen tener peores índices de apneas-hipoapneas del sueño en las evaluaciones preoperatorias. Una vez operados, estos niños tienen mayor índice de complicaciones, con requerimiento de internación y reintervención. Tanto los pacientes con retraso ponderal como los que presentan sobrepeso/obesidad tienden a aumentar de peso en el post operatorio, por lo que es importante un control nutricional antes y después del procedimiento. Por todo esto, suele existir cierta resistencia por parte de los médicos a la hora de decidir conducta quirúrgica en los niños obesos, demorándose muchas veces de forma injustificada su indicación.

### OBJETIVO

Presentación de un caso clínico de un paciente masculino de 8 años con sahos severo y obesidad diagnosticado .

### DESCRIPCIÓN

Paciente masculino de 8 años de edad cuyo motivo de consulta es Respiración bucal, roncopatía, apneas del sueño, ptialismo. Antecedentes personales de enuresis , retraso madurativo y obesidad tipo I .Examen físico hipertrofia amigdalina grado IV. Se interna. Oximetría nocturna indica SAOS severo. Rx cavum: hipertrofia adenoidea grado II e imagen

de densidad metálica compatible con pila botón en fosa nasal izquierda. Se extrae la misma. Se solicitan estudios pre quirúrgicos y se realiza adenoamigdalectomía. En el intraoperatorio episodio de bradicardia que revirtió con tratamiento farmacológico. Se externa a las 24 horas con buena evolución. El paciente continúa en control por sus antecedentes y por la necrosis provocada en la fosa nasal donde se encontraba el cuerpo extraño.

### CONCLUSIÓN

La indicación de adenoamigdalectomía no debe demorarse por sobrepeso/obesidad .El SAHOS severo supone mayor riesgo quirúrgico para todos los pacientes y la obesidad es un factor de riesgo independiente de la morbilidad intra, peri y post operatoria. La combinación SAHOS-obesidad implicaría como mínimo la suma de riesgos. La supervisión del peso, el asesoramiento nutricional y el fomento de la actividad física deben considerarse antes y después de la cirugía. Es muy frecuente la presentación de niños con cuerpos extraños en fosa nasal pero la pila botón es el que mayor probabilidad tiene de traer complicaciones que dependen del tiempo de exposición, ubicación de la pila, intentos fallidos para extraerla. Se ha incrementado debido a la aparición de una innumerable cantidad de aparatos electrónicos y también juguetes fácilmente accesibles a los niños. Los niños pequeños se sienten atraídos por la superficie lisa y brillante de la pila y están capacitados para encontrarlas y extraerlas del artefacto electrónico donde estas se encuentran alojadas. Debe recordarse que es una urgencia médica y debe extraerse inmediatamente.



## SÍNDROME DE MERKELSSON ROSENTHAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Morales N.<sup>1</sup>; Vacarezza S.<sup>2</sup>; Gonzalez M.<sup>3</sup>; Paganini A.<sup>4</sup>; Sosa R.<sup>5</sup>; Turkarsian Misian R.<sup>6</sup>; Janer Tittarelli M.<sup>7</sup>; Stelluto M.<sup>8</sup>; Juchli M.<sup>9</sup>; Ramirez Z.<sup>10</sup>

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>

<iva\_morales@yahoo.com.ar>

RPD  
287

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Merkelsson Rosenthal es una enfermedad crónica y progresiva, de etiología e incidencia desconocida, afecta ambos sexos. Caracteriza una triada de síntomas: el edema de labios o cara, parálisis facial periférica y lengua escrotal. La falta de uno o dos de ellos determinan las formas oligosintomáticas o monosintomáticas. El edema facial es el más frecuente. Su reporte en niños es escaso, se describen con más frecuencia a partir de la segunda década de la vida. Su tratamiento no está establecido.

### OBJETIVOS

Presentación de un caso de Síndrome de Melkerson - Rosenthal en un niño.

### PRESENTACIÓN

Varón de 4 años, con edema facial recurrente desde hace 2 meses, internación previa tratado con corticoides y antibióticos, en seguimiento ambulatorio por otorrinolaringología. Se interna por edema facial que afecta toda la hemicara izquierda impidiendo la apertura palpebral, desdibujando la comisura labial, simulando una parálisis facial. El edema es blando comienza en forma localizada en labios superior y mejillas, que presentan por momentos ligero eritema y algo de prurito, con múltiples adenopatías submaxilares y submentoneanas móviles, indoloras sin adherencias a planos, rinorrea serosa escasa. Resto del examen normal. Sin antecedentes de fiebre, catarros, picadura de insectos o desencadenante de tipo alérgico. Se realiza laboratorio completo con Proteinograma y GAME normales, VSNF negativo, PPD negativa.

Ecografía: aumento del espesor y ecogenicidad del TCS de forma difusa en las mejillas, adenopatías aumentadas de tamaño, sin particularidades. Eco Doppler de vasos del cuello y ecografía abdominal normal. RMN de partes blandas de cabeza y cuello: cambios inflamatorios a nivel del macizo facial afectación de los músculos de la masticación con edema interfibrilar, con el contraste, refuerzo de carácter difuso, sin imágenes de colección. Se decide mantener conducta expectante, suspendiéndose todo tratamiento.

Se recupera en forma gradual y definitiva en el transcurso de 5 días.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico es de difícil precisión, el periodo de aparición entre los diferentes síntomas puede variar en meses o años. En la biopsia los granulomas sarcoidales sin caseificación, apoyan el diagnóstico, pero su ausencia no lo descarta. Las recidivas pueden provocar deformidad del rostro. El tratamiento más utilizado son los corticoides.

## INDICACIÓN DE TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CEREBRO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO DE CRÁNEO

Abudara M.<sup>1</sup>; Ballesta D.<sup>2</sup>; Zeltman C.<sup>3</sup>

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND<sup>1 2 3</sup>

mati\_abudara@hotmail.com

PO  
289

### INTRODUCCIÓN

El Traumatismo Encefalocraneano (TEC) en la población infantil es la patología neuroquirúrgica de urgencia más importante, pero en la actualidad existen controversias en cuanto al manejo inicial y la realización o no de Tomografía Computada de Cerebro (TC).

### OBJETIVOS

Analizar la indicación de TC en pacientes hospitalizados en sala de pediatría del Hospital Durand en los últimos años valorando su indicación en base a las nuevas normas del servicio.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, obteniendo datos a partir de Historias Clínicas (H.C.) de pacientes internados en sala de pediatría del Htal. Durand entre Enero de 2008 y Marzo de 2016. Se analizaron los datos con el programa Microsoft Excel 2013.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Niños mayores de un mes y menores de 15 años, con diagnóstico al ingreso de TEC, Politraumatismo con TEC, Fractura de Cráneo.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Condiciones neurológicas que dificulten la valoración clínica, tumores cerebrales, válvulas de derivación ventricular o trastornos de la coagulación. Se definió como criterio de realización de TC la normas actualizadas por el servicio.

### RESULTADOS

Se analizaron 184 ptes. Se dividió la muestra entre aquellos que presentaban o no el examen complementario.

- Pacientes sin TC (33%): 66% tenían criterios para haber sido irradiados (entre ellos el más frecuente fue caída de altura: 74%, seguido por hematomas no frontales: 15%).
- Pacientes con TC (67%): el 83% de éstos presentaban criterios de realización. De estos, los criterios más frecuentes fueron: caída de altura (30%) y hematomas no frontales (13%), hematomas no frontales (13%), pérdida de conciencia (9%). El grupo de pacientes que no tenían criterios pero fueron irradiados fue de 33%, presentaban imágenes de SNC dentro de parámetros normales.

Variable	Valor
Sensibilidad	95%
Especificidad	38%
VPP	22%
VPN	97,9%
Prevalencia	19,51%
Odds Ratio	5,8

### CONCLUSIÓN

Más de la mitad de los pacientes que no presentaban TC tenían indicación de hacerlo. Mientras que solo un 17% fueron irradiados sin indicación en base a los criterios. Nos hace plantearnos la importancia de validar un criterio clínico para la toma de decisiones que nos permita ser oportunos en la realización de tomografías de los pacientes que las precisan, evitando daños en aquellos pacientes que no.



## MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lopez Iglesias C.<sup>1</sup>; Chiappino R.<sup>2</sup>; Sznitowski M.<sup>3</sup>; Morales I.<sup>4</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4</sup>  
cmlopeziglesias@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía dilatada es la miocardiopatía más frecuente de la infancia. Se caracteriza por aumento del diámetro ventricular con disminución de la contractilidad, generando insuficiencia cardíaca congestiva. Si bien su incidencia es baja es la principal causa de insuficiencia cardíaca en niños. Puede deberse a causas infecciosas o a enfermedades metabólicas, si bien un alto porcentaje, denominadas idiopáticas, permanece sin diagnóstico etiológico. El trasplante cardíaco es el único tratamiento definitivo.

### OBJETIVOS

Describir un caso de miocardiopatía dilatada de etiología viral y su abordaje diagnóstico en un paciente de dos meses de edad.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante de dos meses previamente sana, que inicia su cuadro con edema palpebral y en manos con antecedente de exantema macular eritematoso. A las 48 horas por aumento del edema consulta a la guardia del HGNPE donde se constata clínica compatible con insuficiencia cardíaca descompensada. En el ecocardiograma se evidencia dilatación de las cuatro cavidades y fracción de acortamiento 8%. Permanece internada en Unidad de Terapia Intensiva con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica e inotrópicos por dos semanas. Luego

evoluciona favorablemente con mejoría de la función ventricular; actualmente en tratamiento ambulatorio con diuréticos y recuperación nutricional. Se realizó durante su internación la búsqueda etiológica para enfermedades metabólicas y causas infecciosas: dosaje de ácidos orgánicos en orina, perfil de acilcarnitinas, actividad de alfa glucosidasa ácida, perfil tiroideo y serologías para HIV, Chagas, herpes, hepatitis, rubeola, CMV, EBV, Influenza y enterovirus. Presenta IgM positiva para Echovirus con resto de las pruebas negativas. Permanece en seguimiento con eventual plan de trasplante cardíaco, con diagnóstico de miocardiopatía dilatada por Echovirus.

### CONCLUSIÓN

Se describió un caso de miocardiopatía dilatada de origen viral en el cual se realizó una búsqueda exhaustiva para determinar la causa de la misma. Creemos importante optimizar el abordaje de estos pacientes para arribar a un diagnóstico etiológico y así brindarles las opciones terapéuticas más adecuadas incluyendo la posibilidad de acceder al trasplante cardíaco.

## SÍNDROME ASCÍTICO EDEMATOSO. UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO

Otegui Banno C.<sup>1</sup>; Shaieb A.<sup>2</sup>; Tapia W.<sup>3</sup>

HIAEP SOR MARIA LUDOVICA<sup>1,2,3</sup>  
carmen\_otegui@yahoo.com.ar



### INTRODUCCIÓN

Se denomina síndrome ascítico edematoso (SAE) al aumento de líquido en la cavidad peritoneal y en el intersticio, debido a un aumento neto del contenido total de sodio y agua. Se manifiesta clínicamente al aumentar un 5-7% el peso corporal. Mecanismos:

- 1) Aumento del filtrado capilar (Ley de Starling) por: disminución de la presión oncótica o bien aumento de la presión hidrostática o de la permeabilidad capilar.
- 2) Deficiente drenaje linfático.

### OBJETIVO

Descripción clínica y analítica de tres casos de SAE, de diversas etiologías.

### CASOS CLÍNICO 1

Niña de 3 años, consulta por dificultad respiratoria y edema generalizado. Examen físico (EF): regular estado general, conectada, normoperfundida, con tiraje generalizado y rales crepitantes a predominio en bases. Resalta su ortopnea. Exámenes complementarios (EC): proteínas totales (PT) 57g/l, albúmina (A) 34g/l, TGO 430UI/l, TGP 2260UI/l; proteinuria (P) negativa. Radiografía de tórax (RT): cardiomegalia e infiltrado alveolar en base derecha. Se realiza ecocardiograma: dilatación de cavidades derechas y disminución de la motilidad del ventrículo izquierdo. Su diagnóstico fue insuficiencia cardíaca. Antecedentes: RNPT, con Broncodisplasia e Hipertensión pulmonar. Tratamiento: oxígeno, restricción hídrica y furosemida. Luego se adicionaron escalonadamente: Sildenafil, Enalapril, Bosentán, Espironolactona y Digoxina.

### CASO CLÍNICO 2

Varón de 8 años, cursando una neumonía adquirida de la comunidad, que durante la internación presenta edema generalizado. EF: regular estado general, confuso, pálido, taquicárdico y con pulsos periféricos débiles. EC: PT 35g/l, A 15g/l, hematocrito 47%, LDL 165mg/dl, sodio 119 mmol/l; P 4 cruces. RT: hiliós congestivos y condensación en base izquierda. Su diagnóstico fue síndrome nefrótico. Requirió expansión con solución fisiológica y corrección de sodio. A las 48 hs inició corticoterapia.

### CASO CLÍNICO 3

Varón de 6 meses, presenta edema generalizado en estudio, con diagnóstico prenatal de Hydrops fetalis, sin patología infecciosa ni incompatibilidad sanguínea. Destaca: PT 34g/l, A 21g/l, Clearance de  $\alpha$  1 antitripsina 53 (VN hasta 12.5 ml/24hs); P +/- . Videoscopia: mucosa con puntillado blanquecino hasta duodeno y en recto; biopsias normales. Ante la sospecha diagnóstica de linfangiectasia intestinal, inicia en forma empírica octreótido y leche de fórmula a base de TCM, con buena respuesta.

### CONCLUSIÓN

Entre las causas más frecuentes de SAE se encuentran el síndrome nefrótico y la insuficiencia cardíaca. Existen patologías menos prevalentes, que requieren de mayor índice de sospecha clínica para su diagnóstico. El estudio de un paciente con edema debe iniciarse con el análisis de los factores que lo inician. La TR en orina constituye un método útil, rápido y de bajo costo para orientar la etiología del edema.



## ENCEFALITIS POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

Moschen A.<sup>1</sup>; Gaeto N.<sup>2</sup>

HOSPITAL DURAND<sup>1,2</sup>

amalia.moschen@gmail.com

RPD  
295

### INTRODUCCIÓN

La encefalitis es una entidad frecuente en pediatría, pero no se piensa en *Mycoplasma pneumoniae* como agente etiológico posible. A pesar de esto, la bibliografía ha podido relacionar este agente en la patogénesis de dicha enfermedad. La dificultad principal es establecer un diagnóstico de certeza; el hallazgo infrecuente de *M. pneumoniae* en LCR obstaculiza la posibilidad de establecerlo como único agente etiológico responsable.

### OBJETIVO

Plantear un caso de encefalitis por *M. pneumoniae* en Pediatría, con el fin de considerarlo dentro de los diagnósticos diferenciales en la etiología de dicha entidad.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 8 años de edad, que consulta por presentar tendencia al sueño, inestabilidad en la marcha, disartria, parálisis facial izquierda. Se evidencia hiperreflexia, clonus y signo de Babinsky bilateral. Cursó faringitis viral la semana previa a la consulta, sin registros febriles. Se interna con diagnóstico de Encefalitis y se medica con Ceftriaxona y Aciclovir. De los exámenes complementarios realizados, se obtienen: citocímico de LCR compatible con etiología viral, Cultivo de LCR negativo para bacterias, Herpes HSV-1, HSV-2 y Enterovirus; electroencefalograma

sin alteraciones sugerentes de infección por Herpes Virus, resonancia nuclear magnética de cerebro con aumento de la intensidad en bulbo y pedúnculo cerebeloso lateral derecho. Dada la negatividad de los estudios solicitados, evaluando otros posibles agentes etiológicos, se solicita serología para *M. pneumoniae* con títulos de IgG 1/160 e IgM cualitativa positiva. Permanece internado 13 días, revirtiendo la clínica inicial. Se establece diagnóstico de Encefalitis por *M. pneumoniae*.

### CONCLUSIONES

La falta de conocimiento sobre la fisiopatología de esta enfermedad, pone de manifiesto la dificultad para establecer un diagnóstico etiológico de certeza, un manejo clínico correcto y una terapéutica adecuada. A partir de lo analizado, se desprende como conclusión principal, que ante el diagnóstico de encefalitis en pediatría, se debe tener en cuenta a *Mycoplasma pneumoniae* como uno de los agentes etiológicos.

## MIOSITIS DEL PSOAS: A PROPOSITO DE UN CASO

Fuentes K.<sup>1</sup>; Palmerio L.<sup>2</sup>; Pensa P.<sup>3</sup>; Raitano P.<sup>4</sup>; Manini P.<sup>5</sup>; Tuccillo P.<sup>6</sup>

HNPM<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

kevinfuentes\_clan@hotmail.com

RPD  
296

### INTRODUCCION

La miositis del psoas, es una enfermedad caracterizada por dolor vivo que aumenta durante los esfuerzos musculares. Se caracteriza por dolor en la región lumbar, que aumenta con los movimientos del miembro; fiebre, e imposibilidad de andar.

### OBJETIVO

Presentar un caso de Miositis del Psoas.

### DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 5 años de edad, consulta por presentar impotencia funcional del miembro inferior derecho de 5 días de evolución asociada a fiebre persistente.

Al examen físico, presenta cuadro febril, posición antálgica, rigidez de cadera. Sin evidencia de calor, rubor ni eritema.

Hemograma con leucocitosis, Rx de cadera no se evidencia lesión ósea ni aumento del espacio articular. En la RMN se constata extenso compromiso en la musculatura de la región infra pelviana sin imágenes que sugieran absceso en dicha región. No se observa líquido articular aumentado. TAC abdomino pelviana normal.

HCM X 2 : positivos 2/2 para staphylococcus aureus, cumpliendo esquema antibiótico 7 días de Ceftriaxona, Clindamicina, Cefalotina HCMx2 control: negativos.

### CONCLUSION

La piomiositis es un proceso infeccioso poco común que afecta a los músculos estriados, y que con frecuencia evoluciona hacia la abscesificación. Es más frecuente en varones de edad pediátrica, especialmente de 2 a 5 años.

Esta enfermedad puede ser secundaria a heridas penetrantes, úlceras por decúbito u otros focos infecciosos, pero también puede presentarse como un proceso primario. El *Staphylococcus aureus* es el agente más frecuente. Otros agentes implicados son *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae* y *Escherichia coli*.

Los músculos que se afectan con mayor frecuencia son los de las extremidades inferiores, especialmente el cuádriceps femoral y los glúteos, y los del tronco, especialmente el psoas.

En resumen, la piomiositis del músculo ilíaco es una entidad rara, pero que debe tenerse en cuenta como una posible causa del dolor agudo en la región de la cadera.

Laboratorio: GB 6130 (N54/L34/M8) Hemoglobina 11.8, Hematocrito 36.3, Plaquetas 415000, urea 28, Crea 0.55, Ionograma 138.8/4.59/101, GOT 21.9, GPT 29.7, C3 118, C4 37.1, IgE 5.7, IgG 1230, IgA210, IgM 262. Complemento total 209, CD4 45, CD8 27, CD3 80, CD20 16, CD16/56 4, serologías (sarampión, rubeola y parotiditis) negativas.





## DEBILIDAD MUSCULAR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Shaieb A.<sup>1</sup>; Dugo R.<sup>2</sup>; Lucero M.<sup>3</sup>; Di Maggio M.<sup>4</sup>; Aguirrezabala G.<sup>5</sup>; Arregui C.<sup>6</sup>; Mendoza M.<sup>7</sup>; Rey V.<sup>8</sup>

HIAEP<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

shaguzurdo@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La debilidad muscular (DM) se debe a cualquier alteración en la vía motora voluntaria, desde su origen en la corteza motora hasta su ejecución en el músculo estriado. Existen también síndromes psiquiátricos, trastornos metabólicos y enfermedades sistémicas que pueden producir DM.

### OBJETIVO

Descripción clínica y analítica de 3 casos que se presentan con DM de diversas etiologías, brindando herramientas de sospecha diagnóstica para su abordaje.

Caso 1: niña de 4 años, con dificultad en la marcha y dolor en miembros inferiores (MMII). Se encuentra conectada, destaca DM en MMII y arreflexia, junto a un estrabismo convergente en ojo izquierdo. Antecedente: diarrea. Se realiza TAC de encéfalo, punción lumbar (PL), normales y en las próximas 12 horas requiere pase a terapia intensiva y asistencia ventilatoria, recibe 2 g/kg de gammaglobulina. A los 10 días se repite PL: 2 elementos, proteinorraquia 1.9 g/l; su diagnóstico fue síndrome de Guillan Barre. Se recibe en coprocultivo *Campylobacter jejuni*.

Caso 2: varón de 14 años, consulta por dificultad para sonreír, voz nasal y trastornos deglutorios de 6 meses, derivado al servicio de neurología. Se constata ptosis palpebral bilateral, fascie amílica, voz nasal y DM a predominio proximal. Se solicita anticuerpos contra el receptor de acetilcolina, positivos y CPK normal. Su diagnóstico fue Miastenia gravis generalizada con compromiso bulbar, se descartan enfermedades autoinmunes asociadas e inicia tratamiento con piridostigmina.

Caso 3: varón de 7 años, con dificultad para subir las escaleras y caídas frecuentes, presentes desde los 2 años. Se encuentra conectado y se evidencia DM a predominio proximal, signo de Gowers positivo, hiporreflexia y pseudohipertrofia de gemelos. Se realiza analítica sanguínea y destaca TGO 150 UI/L, TGP 380 UI/L, CPK 6500 UI/L. Ante la sospecha de enfermedad de Duchenne se solicita estudio genético que confirma una distrofinopatía, e inicia tratamiento corticoideo.

### CONCLUSIÓN

La presencia de DM, debe llevar al pediatra a realizar una exhaustiva anamnesis y examen neurológico, evaluando tono muscular, reflejos osteotendinosos, distribución y progresión de la debilidad, que permitirá distinguir entre afectación de SNC o SNP y plantear distintas hipótesis diagnósticas. Utilizando únicamente herramientas clínicas, podremos plantear diagnósticos diferenciales, y realizar una derivación temprana y oportuna con el especialista, lo que determinara muchas veces el pronóstico.

## A PROPÓSITO DE UN CASO: SME. DE DIETL (HIDRONEFROSIS TRANSITORIA)

Abudara M.<sup>1</sup>; Schon A.<sup>2</sup>

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS CARLOS G. DURAND<sup>1</sup>;

SERVICIO MEDIANO RIESGO-HTAL. NACIONAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. J. P. GARRAHAN<sup>2</sup>

mati\_abudara@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La hidronefrosis transitoria u obstrucción aguda de la unión pieloureteral es una patología infrecuente pero que debe ser sospechada entre los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal recurrente.

### OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica sobre la patología y plantearla como diagnóstico diferencial de dolor abdominal recurrente.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 4 años portador de hidronefrosis derecha, que consulta al Servicio de Mediano Riesgo por presentar cuadros repetidos de vómitos incoercibles acompañados de dolor abdominal muy intenso. Dichos episodios comenzaban por la mañana, duraban 72 horas y provocaron 7 internaciones en los últimos 8 meses previos a la consulta. No se acompañaban de diarrea o fiebre, la recuperación era ad integrum y los períodos intercricos eran libres de síntomas.

Al examen físico presentaba bajo peso para su talla y registros aislados de hipertensión arterial.

Se solicitan IC con especialidades: Gastroenterología (VEDA, TAC Abdominal y SEGD normales), Neurología (TAC de SNC y EEG normales) Errores Congénitos del Metabolismo (Laboratorio: normal).

Durante su seguimiento el niño requiere 5 internaciones por presentar episodios similares y se realizan varias ecografías renales. En una de ellas, cuando el paciente se encontraba sintomático, se detecta una dilatación pielocalicial derecha de 3,7 cm para una previa de 1,7 cm. Se solicita IC con Urología por sospecha de Síndrome de Dietl, confirmándose el diagnóstico.

### DISCUSIÓN

La obstrucción aguda de la unión pieloureteral produce una dilatación brusca del sistema colector generando dolor, como consecuencia de dilatación de la cápsula renal. En su mayoría, existe el antecedente de exceso en la ingesta de líquidos. Dicho dolor es de tipo cólico acompañado por vómitos y constituye el cuadro característico. Con frecuencia la obstrucción está producida por una vascularización anómala, bandas fibrosas o torsión. La dificultad para realizar un diagnóstico precoz radica en que la dilatación, y como consecuencia la sintomatología, es aguda e intermitente. Nuestro paciente presentó un diagnóstico temprano de hidronefrosis que dificultó el diagnóstico de episodios de dilatación aguda sobre un riñón previamente afectado.



## EXPERIENCIA EN SALA DE INTERNACIÓN DEL SÍNDROME DE MUNCHHAUSEN POR PODER. PRESENTACIÓN DE 5 CASOS

RPD  
299

Vacarezza Morelli S.<sup>1</sup>; Gonzalez M.<sup>2</sup>; Morales I.<sup>3</sup>; Paganini A.<sup>4</sup>; Indart J.<sup>5</sup>; Mouesca J.<sup>6</sup>; Stabilitto L.<sup>7</sup>; Sosa R.<sup>8</sup>; Del Bagge P.<sup>9</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7,8,9</sup>

yuni\_81@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Munchhausen por Poder (SMP) tiene una gran variabilidad de formas de presentación. No hay una característica patognomónica de los perpetradores. Los padres y sobre todo la madre, inventan o producen de manera voluntaria síntomas, con la finalidad de gratificar las necesidades psicológicas de atención de ellos mismos. El historial médico no es concordante con la clínica ni con la evolución tórpida.

### OBJETIVOS

Advertir a la comunidad Pediátrica y aumentar el índice de sospecha de esta patología, que es de difícil diagnóstico y con alta morbimortalidad. Definir las características de los perpetradores y de las familias y la multiplicidad de formas de presentación. Demostrar que el Pediatra así como inicialmente es partícipe necesario en la invasión del niño a múltiples estudios por síntomas incongruentes, al reconocer la sospecha diagnóstica forma parte del equipo multidisciplinario, pudiendo así confrontar con la familia y realizar un plan de contención y seguimiento.

### DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Se describen 5 casos internados en sala, desde julio del 2013 a julio del 2016. Cuatro de los pacientes pertenecen a segunda infancia, 2 niñas de 10 años y 2 niños de 11 años, con ausentismo elevado o no escolarizados por causa médica, 2 poseían certificado de discapacidad. Estos mismos presentaban leve retraso, adjudicado a hipostímulo. Todos poseían múltiples internaciones e intervenciones médicas con exámenes complementarios y estudios por imágenes normales y seguimiento en diferentes instituciones. Dos habían sido sometidos a

intervenciones quirúrgicas mayores sin hallazgos patológicos. También en dos de los casos ya se había denunciado la sospecha de SMP, habiéndose luego perdido su paradero. En todos los casos se dio intervención al equipo de Violencia Familiar, quien con un seguimiento exhaustivo incorpora Cuidadora Hospitalaria y luego vía judicial se logra la exclusión materna. Durante la internación se busca familia ampliada u hogar si no la hubiere. El quinto caso es un niño de 3 meses con 3 internaciones con diagnósticos incongruentes, documentándose en la última en Terapia Intensiva como hallazgo, múltiples fracturas en distinto estadio de evolución, por vía judicial también se realiza la exclusión materna y paterna, otorgándose la guarda a la abuela. En todos los casos se comprobó retrospectivamente la ausencia de enfermedad. Aunque persistían secuelas en la esfera emocional y psicosocial.

### CONCLUSIÓN

El SMP constituye un diagnóstico diferencial de importancia cuando hay síntomas o signos persistentes e incongruentes, más la reiterada demanda de asistencia por sus progenitores en diferentes instituciones sanitarias. Dicho diagnóstico debe ser precoz ya que se trata de una modalidad de maltrato infantil, donde el adulto le provoca un daño real al niño. Es imprescindible la Interdisciplina. El pediatra debe poder reconocer la simulación de una madre presuntamente abnegada, con manejo de terminología médica, que cumple exageradamente con los controles. La misma se convierte en una noxa para nuestro paciente. Se trata de re-veer nuestros propios patrones culturales y médicos, acerca de la figura bondadosa y protectora que todos tenemos en el inconsciente colectivo de las madres.

## ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
300

Beaudoin M.<sup>1</sup>; Camerano M.<sup>2</sup>; Lavergne M.<sup>3</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS DR PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3</sup>

beaudoinmarialaura@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una patología infecciosa benigna producida por Bartonella henselae. El vector suele ser un gato menor de un año, objetivándose el antecedente del contacto hasta en el 90 % de los casos. Su incidencia es variable, y su presentación clínica incluye desde formas asintomáticas hasta fiebre prolongada, adenomegalias, alteraciones oculares, encefalitis y endocarditis. Debido a las diversas formas de presentación se requiere una alta sospecha clínica para arribar al diagnóstico.

### OBJETIVO

Describir una forma de presentación clínica no habitual de EAG.

### CASO CLÍNICO

Niña de 12 años previamente sana, con síndrome febril prolongado y dolor abdominal, con resultados de laboratorio y ecográficos iniciales normales. Hemocultivos y urocultivo negativo. Por persistencia de este cuadro se realizó laparotomía exploradora sin hallazgos de relevancia. En la 3° semana de evolución una nueva ecografía abdominal evidenció múltiples microabscesos esplénicos, por lo que se indicó empíricamente piperazilina-tazobactam y vancomicina, sin mejoría clínica ni ecográfica luego de 14 días de tratamiento. Se planteó la realización de una esplenectomía. No obstante, se sospechó infección por Bartonella henselae por la convivencia con perros domésticos medicándose con TMS-rifampicina, con posterior confirmación serológica (IgM título mayor 1/20 e Ig G título mayor 1/200). La niña evolucionó afebril,

con seguimiento ecográfico hasta constatar normalización del tamaño del bazo y reducción de las imágenes agregadas.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico clínico de las formas atípicas de la EAG resulta difícil cuando no se presentan adenopatías periféricas o no se constata el contacto con gatos. Sin embargo el compromiso esplénico debe sospecharse en pacientes con síndrome febril prolongado, dolor abdominal y compromiso sistémico. Recordar esta entidad y valorar el empleo de técnicas de diagnóstico por imagen que puedan evitar procedimientos invasivos como en el caso presentado.



## INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A ACICLOVIR A PROPOSITO DE UN CASO

Romano V.<sup>1</sup>; Gozález N.<sup>2</sup>; Pérez Morales D.<sup>3</sup>; Hernandez R.<sup>4</sup>; Pérez Torres M. C.<sup>5</sup>; Grisolia N.<sup>6</sup>; Balboa R.<sup>7</sup>; Pérez Palacios L.<sup>8</sup>; Álvarez Ponte S.<sup>9</sup>  
HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>  
valentinromano907@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

El Aciclovir es un fármaco de primera elección, tanto por vía oral como parenteral, para combatir infecciones producidas por la familia Herpesviridae 1 y 2. Se elimina principalmente por vía renal, siendo la insuficiencia renal aguda no oligúrica uno de los efectos adversos a destacar. El mecanismo del daño renal es incierto. Se postula que su baja solubilidad y las altas concentraciones en las que se haya en el túbulo renal obstruirían el flujo tubular.

### OBJETIVO

Describir el efecto nefrotóxico del Aciclovir en un niño con diagnóstico presuntivo de meningocelitis.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años con antecedente de cefalea crónica, se interna por presentar fiebre, vómitos a chorro y diarrea de 4 días de evolución, asociados a fotofobia, ataxia y disartria. Se interpreta el cuadro como meningocelitis a descartar etiología y se comienza tratamiento con Aciclovir 60 mg/kg/día y Ceftriaxona 100 mg/kg/día endovenoso. Durante los primeros días de hospitalización el paciente presentó una evolución inadecuada de su condición, continuaba con ataxia, disartria y acentuación de los vómitos. Se realizaron estudios en sangre, en líquido cefalorraquídeo e imágenes (tomografía y resonancia magnética de encéfalo), los cuales descartaron la presencia de evento cerebrovascular. Los exámenes de laboratorio revelaron: Urea 88 mg/dl, Creatinina: 2.7 mg/dl, resto dentro de parámetros normales. Se consideró que el paciente presentaba cuadro

de IRA posiblemente secundario al tratamiento con Aciclovir. La conducta adoptada ante tal evento incluyó: hidratación con líquidos endovenosos isotónicos por bomba de infusión, readecuación de dosis de Aciclovir según el filtrado glomerular del paciente y control con laboratorio (gases arteriales, control de creatinina, potasio y sodio séricos), observándose mejoría de los parámetros previos.

### CONCLUSIÓN

El objetivo de este reporte es destacar un efecto adverso que impresiona estar subestimado debido a su presentación clínica. Es necesario remarcar que aquellos pacientes a los que se suministre Aciclovir, por vía intravenosa u oral, deben ser monitorizados desde el punto de vista renal para evitar y/o tratar en forma precoz los efectos renales deletéreos. Es recomendable asegurar una buena hidratación y evitar la administración conjunta de fármacos que puedan potenciar el efecto nefrotóxico del Aciclovir.

## DENGUE GRAVE CON SANGRADOS ACOMPAÑADO DE PLAQUETOPENIA SEVERA PERSISTENTE, A PROPOSITO DE UN CASO

Diaz F.<sup>1</sup>; Sosa R.<sup>2</sup>; Morales I.<sup>3</sup>; Vaccarezza S.<sup>4</sup>; Paganini A.<sup>5</sup>; Gonzalez F.<sup>6</sup>; Argiro M.<sup>7</sup>  
HOSPITAL ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
fermandoidiaz@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad emergente en nuestro medio y de la cual poseemos nula experiencia en nuestro hospital. Año tras año se observa un incremento de casos, registrándose un aumento de 49,6% en casos acumulados en 2016 respecto a mismo periodo del 2009. La infección suele cursar con descenso transitorio del recuento plaquetario de mecanismo inmune. Signo este, de alarma para la internación.

### OBJETIVO

Describir un caso de dengue grave con sangrados que presento plaquetopenia severa de 10 días de evolución como manifestación atípica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 8 años oriundo de CABA, previamente sano, presenta 3 días de fiebre con seguimiento ambulatorio por sospecha de dengue. En el hemograma de control a las 48 hs del cese de la fiebre se observa descenso marcado de plaquetas, por lo que se interna. Al sexto día del inicio del cuadro, tercer día del cese de la fiebre, presenta epistaxis y gingivorragias. Se transfunden plaquetas y es derivado a terapia intensiva, pasando a sala al ceder el sangrado activo. Por presentar plaquetopenia severa sostenida (< 20000 plaquetas/mm<sup>3</sup>) al noveno día del inicio del cuadro, luego de 7 transfusiones, se interconsulta con servicio de hematología. Se indica pasaje de gamaglobulina 1 gr/kg/dosis por sospecha de componente inmune agregado y se repite un nuevo pasaje a las 48 hs. Recibe en total 9 transfusiones de plaquetas; y 3 de globulos rojos desplammatizados indicados por anemia. Al día 12 del cuadro presenta recuento

de 25000 plaquetas/mm<sup>3</sup> resolviendo así la trombocitopenia severa, por lo que se otorga el alta hospitalaria. Alcanza recuentos plaquetarios normales a los 21 días del inicio del cuadro.

### DISCUSION

El descenso en el recuento plaquetario suele ser mas marcado durante la fase crítica (48 hs posteriores al cese de la fiebre), mejorando inmediatamente luego de dicho intervalo.

Este caso fue un desafío por lo infrecuente de su presentación, dado la persistencia en el tiempo y los bajos recuentos plaquetarios. Nuestro tratamiento fue empirico dada la escasa evidencia disponible para el tratamiento del dengue grave con hemorragias. Ante la sospecha de otros mecanismos inmunes involucrados, no podemos descartar al virus del Dengue como disparador de una PTI.



## INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS, OPCIONES TERAPÉUTICAS

RPD  
304

Shaieb A.<sup>1</sup>; Dalieri M.<sup>2</sup>; Dugo R.<sup>3</sup>; Otegui Bonno C.<sup>4</sup>; Taffi C.<sup>5</sup>

HIAEP<sup>1,2,3,4,5</sup>

shaguzurdo@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El uso de catéteres vasculares (CV) es esencial para el cuidado de pacientes con cáncer, síndrome de intestino corto, hemodiálisis y los críticamente enfermos. Estos se clasifican según el tipo en no tunelizados y tunelizados.

### OBJETIVOS

Analizar las distintas opciones terapéuticas frente a las infecciones asociadas a catéteres (IAC) respecto al tipo de dispositivo vascular y a la condición clínica del paciente.

### CASO CLÍNICO 1

Niña de 8 años, se interna por una crisis asmática, y recibe oxígeno, aerosolterapia, y medicación endovenosa. Progresa a insuficiencia respiratoria, requiere cuidados intensivos y asistencia ventilatoria mecánica, y se coloca un CV no implantable. En los días siguientes presenta fiebre, se realiza cultivo de secreciones traqueales, hemocultivo (HC) central y periférico, pseudomicelios en orina y urocultivo. Se recibe en HC central *Klebsiella pneumoniae*; su diagnóstico fue IAC, se indica su extracción, y recibe 10 días de piperacilina tazobactam (PT) y 7 días de amikacina (A) por acceso venoso periférico.

### CASO CLÍNICO 2

Niña de 2 años, dependiente de nutrición parenteral secundario a una insuficiencia intestinal por gastroquisis, portadora de un CV semiimplantable, presenta en su domicilio una bacteriemia con la conexión. Se interna ante la sospecha de IAC, se solicita HC central y

periférico, urocultivo; se realiza cierre del catéter con lock de A (3 días) y se medica por vía periférica con Vancomicina (V) y A. A las 48 horas informan HC central positivo para *Klebsiella pneumoniae*, se suspende V y se agrega PT según antibiograma (cumple 21 días). HC de control negativo.

### CASO CLÍNICO 3

Varón de 5 años, con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, que presenta 10 días después de recibir quimioterapia a través de un port-a-cath un registro febril de 38° sin foco aparente. Se interna, policultiva y se medica con Cefazidime, A y V. A las 48 horas comienza con dolor abdominal y diarrea; se recibe HC central y periférico positivo para *Klebsiella pneumoniae*, se cierra el CV, se rota a PT y A, y suspende V, solicitando su extracción.

### CONCLUSIONES

Las IAC se han convertido en una de las principales causas de infecciones asociadas al cuidado de la salud. El tratamiento depende del germen aislado, de la condición del paciente, presencia de complicaciones y la disponibilidad de otro acceso vascular. La aplicación de estrategias preventivas resulta indispensable para evitar esta complicación.

## MIOSITIS VIRAL AGUDA POR INFLUENZA B

RPD  
305

Rodríguez B.<sup>1</sup>; Sosa S.<sup>2</sup>

HOSPITAL DURAND<sup>1,2</sup>

tati\_502004@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La miositis viral aguda es un cuadro poco frecuente y autolimitado que afecta a niños en edad escolar. Se caracteriza por el inicio súbito de mialgias y debilidad muscular en extremidades inferiores e impotencia funcional, con aumento de Creatininfosfokinasa (CPK). Existe un período prodrómico de hasta siete días, con fiebre y síntomas de infección respiratoria de vías altas o gastrointestinales. La etiología es desconocida. El tratamiento de soporte se basa en reposo, hidratación y AINE. Menos del 5% de los casos presenta episodios recurrentes o formas atípicas prolongadas.

### OBJETIVO

Realizar una revisión bibliográfica del tema como posible complicación de un cuadro gripal y considerarlo en el diagnóstico diferencial de patologías más severas.

### MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica a propósito de un caso clínico, a través de MEDLINE, LILACS y SciELO.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 8 años, sin antecedentes previos, consulta por presentar impotencia funcional en los miembros inferiores y mialgia que le dificulta la deambulación de 24 hs de evolución, precedido de un cuadro viral de las vías respiratorias altas y fiebre de 3 días de evolución. Se constata hipersensibilidad a la movilización de miembros inferiores, con dolor intenso a la palpación en la región gemelar sin alteraciones sensitivas y ROT conservados. Se realiza laboratorio que informa LDH 714; CPK

2907 U/L, resto dentro de límites normales. ECG y radiografía de miembros inferiores dentro de límites normales. Por presentar catarro de vía respiratoria alta se toma muestra para virológico de secreciones nasofaríngeas que informa positivo para Virus Influenza B+. Permanece internada cinco días. Se mantiene afebril, realiza 4 días de tratamiento con Oseltamivir. Evoluciona favorablemente.

### DISCUSIÓN

Esta entidad, fue descrita por primera vez en 1957 por Lundberg. La primera serie de casos de pacientes con miositis aguda benigna de la infancia fue publicada en 2005 en la India con 40 casos. Sham y Tse K, en el año 2012, realizan una revisión en la literatura sobre la entidad, en la cual comentan que hasta esa fecha se habían reportado 440 casos. Concluyen que el virus Influenza tipo B aparece como el más frecuente. Se desconoce el mecanismo fisiopatogénico, se ha relacionado con la replicación viral en las células musculares o con mecanismos inmunológicos. El diagnóstico es clínico apoyado por los hallazgos de laboratorio. El diagnóstico diferencial debe realizarse con procesos más graves, considerando el laboratorio y los antecedentes clínicos, presentando en común las mialgias y el aumento de la CPK.

### CONCLUSION

La miositis viral aguda es un proceso poco frecuente, con una sintomatología típica que puede resultar alarmante. Su curso es benigno y autolimitado. Debe conocerse y tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial de patologías más severas que cursan con similar sintomatología para evitar exploraciones invasivas e ingresos innecesarios.





## ALCALOSIS METABÓLICA SENSIBLE AL CLORO, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Shaieb A.<sup>1</sup>; Bibiloni P.<sup>2</sup>; Giulietti M.<sup>3</sup>; Saseta D.<sup>4</sup>; Taffi C.<sup>5</sup>; Pereyra P.<sup>6</sup>  
HIAEP<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
shaguzurdo@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La alcalosis metabólica es un trastorno sistémico cuyo proceso de base genera elevación del pH con aumento primario del bicarbonato en sangre. Es común clasificar las alcalosis metabólicas en sensibles al cloro (cloro urinario < 15 mEq/l) y resistentes.

### OBJETIVOS

Descripción clínica y analítica de 3 patologías que presentan en su medio interno alcalosis metabólica sensible al cloro.

### CASO CLÍNICO 1

Varón primogénito de 40 días, peso al nacer 3.150 g, que consulta por vómitos alimenticios de tres semanas de evolución, buena actitud alimentaria e ictericia hasta raíz de miembros; su peso al ingreso es 2.900 g. Destaca su medio interno: pH 7.6, PCO<sub>2</sub> 47, HCO<sub>3</sub> 50, EB 25, Na 133, K 2.2, Cl 68. Se realiza ecografía abdominal que informa canal pilórico elongado de 2.4 cm con hipertrofia de músculo de 0.45 cm; su diagnóstico definitivo fue hipertrofia de piloro.

### CASO CLÍNICO 2

Varón de 3 años, que consulta en el mes de diciembre por decaimiento y anorexia de 2 días de evolución, a lo que suma vómitos alimenticios en las últimas horas. Medio interno: pH 7.5, PCO<sub>2</sub> 32, HCO<sub>3</sub> 30; EB 6, Na 126, K 4, Cl 78; uremia 1.4 g/l, creatininemia 0.6 mg/dl. Su diagnóstico fue alcalosis metabólica hipoclorémica con hiponatremia secundaria a pérdidas de ClNa por sudor en paciente con diagnóstico previo de fibrosis quística.

### CASO CLÍNICO 3

RNPT de 33 semanas, PAEG que presenta síndrome de distrés respiratorio, motivo por el cual ingresa en asistencia ventilatoria mecánica y requiere oxigenoterapia prolongada. Dentro de su tratamiento recibe ciclos cortos de furosemida. Medio interno: pH 7.5, PCO<sub>2</sub> 40, HCO<sub>3</sub> 44, EB 18, NA 136, K 3.6, Cl 80. Su diagnóstico definitivo fue alcalosis metabólica sensible al cloro secundaria a diuréticos en paciente con diagnóstico de broncodisplasia.

### DISCUSIÓN

Múltiples patologías pueden manifestarse con alcalosis metabólica sensible al cloro, las cuales asocian pérdidas del líquido extracelular y electrolitos junto a cloro urinario bajo. Éstas se deben a pérdidas de ácido gástrico, administración de diuréticos, déficit de volumen o poshipercapnia.

### CONCLUSIÓN

El estudio de la alcalosis metabólica debe comenzar por el análisis de los factores que la inician y después de los que la perpetúan. La pérdida de cloro (evento inicial) a nivel renal, gastrointestinal o por piel favorece la reabsorción de bicarbonato en los túbulos renales para mantener la neutralidad del LEC, y ésta parece ser la principal causa de la perpetuación del trastorno.

## COLESTASIS NEONATAL, PROYECTO DE LEY: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nasif M.<sup>1</sup>; Acevedo S.<sup>2</sup>; Ulloa R.<sup>3</sup>; Olgatti A.<sup>4</sup>; Bustos O.<sup>5</sup>; Maneiro A.<sup>6</sup>  
HRRG<sup>1 2 3 5</sup>; COLEGIO DE ABOGADOS DE RÍO GRANDE<sup>4</sup>; CEDMA<sup>6</sup>  
belnasif@gmail.com



### INTRODUCCION

La colestasis neonatal es un síndrome clínico caracterizado por ictericia más acolia o hipocolia, que evoluciona con alteración de la función hepática. Sus causas son diversas siendo algunas de ellas susceptibles de un tratamiento eficaz, a fin de evitar la disfunción hepática crónica, con alteración de la calidad de vida o necesidad de trasplante hepático. Es imprescindible la búsqueda de aquellas causas tratables con un diagnóstico precoz (atresia de las vías biliares, tirosinemia, galactosemia, hipotiroidismo, infecciones, etc.) para evitar la hepatopatía crónica. La AVB es la principal causa que se debe descartar, por la necesidad de una actuación terapéutica precoz. Su reparación quirúrgica, mediante una portoenterostomía hepática (método de Kasai), antes de los 45 días de vida, favorecerá el pronóstico.

### OBJETIVOS

Describir el caso clínico de una paciente con AVB y a partir del cuál se presenta Proyecto de Ley en Tierra del Fuego para implementar la introducción de la tarjeta de tamizaje colorimétrico de heces en el periodo neonatal a fin de realizar diagnóstico oportuno de colestasis neonatal.

### DESCRIPCION DEL CASO

Niña de 45 días consulta por Ictericia. Sin antecedentes perinatales de importancia. Serología Materna Negativa. Grupo Sanguíneo A+. Se realiza lab. que informa Hto 36% GB 12300 PlaQ 144000 Gluc 0.51 (Control de 1.83 posterior) Urea 0.10 GOT 141 GPT 54 BT 8.17 BD 4.88 BI 3.29 Iono 137/4.6/106. Ecografía Abdominal: hígado de forma tamaño y ecogenicidad conservada sin alteración de la vía biliar. Vesícula presente normal. Se deriva a centro de mayor complejidad. Se realiza

colecistografía radioisotópica arrojando diagnóstico de ATRESIA DE LAS VIAS BILIARES. Se realiza cistoenteroanastomosis con buena evolución. A partir de este hecho clínico su madre impulsa el proyecto de Ley el 24 de Junio de 2016 quedando registrado como asunto 167/2016 en la Legislatura Provincial. Toma estado Parlamentario y pasa a Comisión N° 5 de Salud.

### CONCLUSION

Existe firme consenso en la literatura pediátrica, que los esfuerzos dirigidos para la detección de la atresia biliar no deben demorarse, ya que su pronóstico depende de un diagnóstico y tratamiento precoz. El método de tamizaje es el proceso mediante el cual se utiliza una prueba que permite la detección temprana de factores de riesgo o estadios tempranos de una enfermedad específica, y por lo tanto un diagnóstico temprano. Ayudan a racionalizar los recursos y evitan realizar pruebas costosas y/o que ponen en riesgo la salud. Consideramos importante la incorporación de la tarjeta de tamizaje colorimétrico de heces en el periodo neonatal para el diagnóstico precoz de Colestasis Neonatal.





## ANGIOMATOSIS BACILAR EN PACIENTE CON VARICELA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nasif M.<sup>1</sup>; Figini C.<sup>2</sup>; Amoretti N.<sup>3</sup>; Bustos O.<sup>4</sup>; Armella A.<sup>5</sup>

HRRG<sup>1,2,3,4,5</sup>

belnasif@gmail.com

RPD  
310

### INTRODUCCION

La angiomatosis bacilar es una enfermedad infecciosa no contagiosa de humano a humano causada por bacterias gramnegativas intracelulares facultativas del género Bartonella, y que se distinguen principalmente por proliferar en los capilares; la afección es casi exclusivamente cutánea, aunque ocasionalmente pueden verse afectados otros órganos como el hígado, bazo, aparato gastrointestinal, respiratorio, ganglios linfáticos, médula ósea y sistema nervioso central. La angiomatosis bacilar generalmente se manifiesta en pacientes masculinos en estadios avanzados de SIDA y ocasionalmente en individuos inmunodeprimidos por otras causas, siendo rara en niños inmunodeprimidos sin SIDA o en niños sin inmunodepresión. Los pacientes responden bien al tto. con eritromicina; existe riesgo de recidiva inmediata o mediata de las lesiones después de suspender el antibiótico, sobre todo en ptes. inmunodeprimidos.

### OBJETIVOS

Describir el caso clínico de una niña que desarrolla angiomatosis bacilar durante evolución de varicela.

### DESCRIPCION DEL CASO

Niña de 2 años que presenta varicela impetiginizada con bacteriemia por streptococo asociado a abscesos múltiples (absceso frontal con celulitis preseptal bilateral, absceso poplíteo y axilar). Se realizó drenaje quirúrgico en 2 oportunidades y tratamiento antibiótico prolongado con Meropenem, Vancomicina, Amikacina, Aciclovir. Se

realiza RMN de cerebro, TAC de órbita, Ecocardiograma que informan normal. Cultivos Negativos. Por evolución tórpida se deriva a centro de mayor complejidad donde realizan punción aspiración de absceso frontal con cultivo negativo, exéresis de lesión axilar con cultivo para GC: S. epidermidis MR que se asume como contaminante, hongos y micobacterias (-), BAAR (-). Se realiza tratamiento empírico con Meropenem, Vancomicina, Amikacina, Claritromicina y Aciclovir. Se recibe informe de biopsia y PCR que informa Bartonella y se rota ATB a Rifampicina y Azitromicina con franca mejoría de las lesiones. Serología HIV (-) Mycoplasma Ig G (+) Ig M (-), HMG y GAME normal. Funcionalidad del Neutrófilo y Expresión de moléculas de adhesión: Normal. Poblaciones linfocitarias ampliadas: leve linfopenia global pudiendo corresponder a convalecencia de varicela que causa inmunosupresión secundaria. Cumplió 3 meses de tratamiento con buena evolución.

### CONCLUSION

La Angiomatosis Bacilar es una enfermedad que puede ser subdiagnosticada por su gran similitud clínica e histológica con otras enfermedades de origen vascular. La forma cutánea generalmente tiene un buen pronóstico; en muy pocos casos ocurre involución espontánea, y si no se establece un tratamiento oportuno puede tener un curso fatal, sobre todo en pacientes que tienen afectación sistémica con inmunodepresión.

## ACV ISQUEMICO SECUNDARIO A ARTERITIS DE TAKAYASU

Norte D.<sup>1</sup>; Alfiero G.<sup>2</sup>; Quintana C.<sup>3</sup>; Orsini B.<sup>4</sup>; Villareal L.<sup>5</sup>; Dericco A.<sup>6</sup>; Godnjavec J.<sup>7</sup>; Frenkel S.<sup>8</sup>

HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

debonorte@hotmail.com

RPD  
311

### INTRODUCCIÓN

La Arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad inflamatoria sistémica, crónica e idiopática que afecta principalmente a las arterias de gran calibre pudiendo producir estenosis, trombosis y formación de aneurismas de los vasos comprometidos. La AT es la tercera vasculitis más común en la infancia.

### OBJETIVO

Comunicar un paciente pediátrico con ACV isquémico como forma de presentación poco frecuente de AT.

### CASO CLÍNICO

Niña de 6 años de edad, presenta hemiparesia derecha y afasia de expresión de instauración aguda luego de status convulsivo. Examen físico: Soplo sistólico en mesocardio. Ausencia de pulsos en MMSS, débiles en MMII, presión diferencial mayor a 10 mmHg, soplo carotídeo derecho. Los exámenes de laboratorio revelaron: anemia, reactantes de fase aguda elevados ESD 100 mm, PCR 8.1 mg/dl. Ac positivos para celiaquía. Rx tórax: Normal. PPD: 12 mm, Lavados gástricos x 3: ZN negativo. Cultivo de Koch: negativo. Ecodoppler vasos de cuello: ambas carótidas de paredes engrosadas derecha 1,8 mm flujo turbulento e izquierda 2,3 mm con ausencia de flujo proximal.

TAC cerebral: lesión isquémica en territorio de arteria cerebral media (ACM) izquierda. RMA cerebro y vasos de cuello: lesión isquémica en territorio de la ACM izquierda con áreas de necrosis cortical. Estenosis en el nacimiento

de ambas carótidas primitivas con extensión a carótida interna. RMA corporal total compromiso sub-oclusivo de ambas subclavias, estenosis parcial de cayado aórtico y aorta torácica; aorta abdominal y ambas ilíacas. La paciente cumplió Criterios de Clasificación EULAR/PRINTO/PRES para AT por lo que inició infusiones con metilprednisolona, metilprednisona vía oral y ciclofosfamida mensual. Anticonvulsivantes y antiagregación plaquetaria. Intercurre con amaurosis secundaria a oclusión de la arteria central de la retina.

### CONCLUSIÓN

El informe de casos pocos frecuentes ayuda a mejorar el conocimiento de los pediatras y reumatólogos acerca de AT en la infancia, lo que permite el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Se requiere una alta sospecha diagnóstica dado la multiplicidad de formas de presentación.



## A PROPOSITO DE UN CASO: ACALASIA EN PEDIATRIA

Maqueda J.<sup>1</sup>; Rapetti M.<sup>2</sup>; Serrano N.<sup>3</sup>; Rivas M.<sup>4</sup>; Marciano G.<sup>5</sup>; Zeltmann C.<sup>6</sup>; Gilligan T.<sup>7</sup>

HOSPITAL CARLOS G DURAND<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

jesicamaqueda30@gmail.com



### INTRODUCCION

La acalasia es un trastorno motor primario del esófago infrecuente que se caracteriza por la pérdida de la peristalsis normal del esófago distal y la incapacidad del esfínter esofágico inferior de relajarse adecuadamente tras la deglución, siendo éste último fenómeno el responsable de los signos y síntomas de la enfermedad (disfagia, regurgitación, pérdida de peso y dolor torácico). Tiene una incidencia general de 1 en 10 000, y una incidencia pediátrica de 1 a 3 en un millón, debido a que menos del 5 % de los pacientes comienzan antes de la adolescencia. Aunque la causa exacta de este trastorno es desconocida, se ha observado una pérdida de las células ganglionares dentro del plexo mientérico del esófago distal.

### OBJETIVO

Describir un caso clínico de una patología poco frecuente, cuyo seguimiento y diagnóstico fue realizado en el servicio de Hospital de Día, por la persistencia de los síntomas (pérdida de peso con desnutrición agravada).

### CASO CLINICO

Paciente de 9 años RNT PAEG, con diagnóstico de retraso madurativo, que es ingresada al servicio de pediatría por cuadro de desnutrición crónica reagudizada con vómitos y adelgazamiento en los últimos dos meses, asociado a cuadros bronco obstructivos de un año de evolución. Proveniente de una familia disfuncional, con un padre desaparecido, quien presuntamente había abusado de la paciente, madre a cargo de 9 hermanos, mal medio social. Al ingreso pesó 16kg, pc <3 (z -3.05) talla 116, pc <3 IMC 11.89, pc <3 (z-3) con una adecuación peso talla 27%. Se realizaron valoraciones por gastroenterología, quienes solicitaron perfil celiaco el cual fue normal, y

desestima patología orgánica. También se solicitó perfil endocrinológico y test del sudor ambos normales. Fue vista por nutrición quien modificó su dieta a hipercalórica, sin modificar su peso. Y posterior a esto, se le otorgó el egreso hospitalario, iniciando seguimiento por Hospital de día. Dada la falta de recuperación de peso y persistencia de sintomatología es revalorada por gastroenterología quien solicita SEG, evidenciándose aumento del diámetro esofágico e hipertensión del EEI, compatible con cuadro de acalasia. Por lo que se realiza manometría guiada por endoscopia con gran dilatación del esófago y tono aumentado (hipertensión) de dicho esfínter, determinándose acalasia grado 2; y VEDA con dilatación esofágica y hernia hiatal. Se la médica con domperidona y esomeprazol, frente a este diagnóstico se deriva a Hospital Posadas para programar la cirugía, realizada en marzo de 2016.

### CONCLUSION

Sabiendo lo poco frecuente que es la patología, más allá de sospecharla por la persistencia de los síntomas, el hecho de mantener un seguimiento estricto de la paciente, nos permitió realizar más estudios y controles para arribar al diagnóstico.

## A PROPOSITO DE UN CASO: DEFICIENCIA DE IKBA Y SU ASOCIACIÓN CON MIASTENIA GRAVIS

Yagüe J.<sup>1</sup>; Villa De Villafañe A.<sup>2</sup>; Vazquez M.<sup>3</sup>; Franchi M.<sup>4</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3,4</sup>

juliyague@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

NFKB es un factor de transcripción nuclear involucrado en el control de la respuesta inmunológica, inflamatoria y apoptótica cuya actividad es controlada por un complejo proteico (IKKA, IKKB, NEMO). Diferentes mutaciones en este complejo llevan a la expresión clínica del síndrome NEMO, una inmunodeficiencia primaria ligada al cromosoma X que afecta piel y sistema inmunológico pudiendo involucrar a cualquier sistema. Nuestro paciente presentó mutación del gen NFKBIA con deficiencia de IKBA produciendo manifestaciones clínicas del espectro del síndrome NEMO.

### OBJETIVO

Reportar el primer caso de mutación del gen NFKBIA asociado a Miastenia Gravis.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino, NT/PAEG. Al nacimiento se constatan lesiones maculares eritematosas generalizadas, hepatoesplenomegalia, leucocitosis neutrofílica, plaquetopenia y serologías negativas. Hemograma control: 5 % de blastos, PAMO: cuadro reactivo a infección vs inflamación. Evolucionó con compromiso óseo (Osteo-periostitis crónica), en piel (Dermatitis neutrofílica perivascular e intersticial superficial), fiebre intermitente y leucocitosis con reactantes de fase aguda aumentados por lo que inició estudios de enfermedad autoinflamatoria. Por sospecha de déficit del receptor del antagonista de

interleukina 1 (DIRA), a la espera de estudio genético, inició tratamiento con Canakinumab (Ac Mo anti IL1B) con mejoría clínico-humoral. Se recibió informe de mutación de novo del gen NFKBIA. Por múltiples interurrencias infecciosas (neumonías, absceso pulmonar) y descartado DIRA, se decidió discontinuar tratamiento. A los 2 años y 3 meses de edad comenzó con debilidad muscular con disminución de los reflejos de protección de la vía aérea, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica y ventilación no invasiva (VNI) prolongada con múltiples paros respiratorios durante el weaning. Se realizó diagnóstico de Miastenia Gravis (prueba de neostigmina y ACRA positivos). Comenzó tratamiento con Esteroides, Gammaglobulina y Piridostigmina con regular respuesta. Realizó Plasmáferesis y Ciclofosfamida presentando mejoría de la fuerza muscular lográndose destete de la VNI. Continuó tratamiento con Piridostigmina, Rituximab y Meprednisona. Un nuevo cuadro respiratorio con brusco deterioro y progresión a falla multiorgánica, tuvo desenlace fatal a los 2 años y 7 meses de edad.

### DISCUSIÓN

Presentamos un caso único de asociación entre deficiencia de IKBA y Miastenia Gravis con las dificultades en su diagnóstico y tratamiento. Creemos que este reporte, el primero en nuestro conocimiento de esta asociación, es importante para tener en cuenta diagnósticos poco frecuentes ante pacientes complejos.



## ENCEFALITIS AUTOINMUNE EN PEDIATRIA

Rossiter M.<sup>1</sup>; Longueira S.<sup>2</sup>; Ramos L.<sup>3</sup>; Barboza W.<sup>4</sup>; Mazza J.<sup>5</sup>  
HOSPITAL OÑATIVIA<sup>1,2,3,5</sup>; HOSPITAL EL CRUCE<sup>4</sup>  
mjulir1@gmail.com

RPD  
314

### INTRODUCCIÓN

La identificación de autoanticuerpos contra receptores neuronales permitió caracterizar una entidad poco tenida en cuenta a la hora de pensar en encefalitis. Permitiendo la caracterización clínico inmunológica de una etiología susceptible a tratamiento inmunomodulador. Es importante conocerla como diagnóstico diferencial de patologías que cursan con síntomas psiquiátricos.

### OBJETIVOS

Conocer una etiología de reciente investigación, que detectada a tiempo presenta tratamiento y mejoría clínica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 12 años de edad, que presenta una convulsión tónico clónica de pocos segundos de evolución, tras la que comienza con desorientación témporo espacial, ataxia, disartria. Presenta como antecedente una convulsión atípica hace 20 días por lo que se medicó con Clobazam, la madre refiere alteraciones leves del comportamiento desde entonces. Se realizan TAC y RMN de cerebro que resultan normales. Comienza con fenitoina, presenta alteraciones en el comportamiento, por lo que se realiza punción lumbar con citoquímico normal, se medica con aciclovir por sospecha de encefalitis, y se rota medicación a ácido valproico. Comienza a verse desorientado, atáxico, agresivo, con dificultades en la expresión y alteración del juicio, es evaluado por salud mental a quienes no les impresiona patología psiquiátrica. Presenta nueva convulsión subfebril, serologías del líquido cefalorraquídeo negativas.

Se decide derivar al paciente a hospital de mayor complejidad, donde inicia tratamiento con gammaglobulina por 48 hs, tras lo cual presento reversión completa de los síntomas.

### CONCLUSIONES

Discutimos un caso de etiología poco frecuente, por su reciente descubrimiento y evaluación en pediatría, ya que es común en mujeres adultas jóvenes.

Es importante tener en cuenta este diagnóstico diferencial de patología psiquiátrica, dado que es frecuente que se presente con síntomas similares a un debut psicótico.

Lamentablemente su diagnóstico definitivo es difícil dado que no se encuentra en el país por lo que es más costoso.

Es primordial iniciar tratamiento precoz una vez descartada la patología infecciosa y psiquiátrica, para mejores resultados en la recuperación.

## TOXOCARIASIS COMO CAUSA DE NÓDULOS PULMONARES EN UN NIÑO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Saltarelli O.<sup>1</sup>; Eilert M.<sup>2</sup>; Gaiano A.<sup>3</sup>  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO<sup>1,2,3</sup>  
osaltarelli@gmail.com

RPD  
315

### INTRODUCCIÓN

La toxocariasis es una geohelminthiasis causada por larvas del género *Toxocara*. Los humanos son huéspedes accidentales que se infectan habitualmente por la ingesta de huevos embrionados en suelos contaminados. Los órganos más frecuentemente afectados son el globo ocular y el corazón. La larva migra desde el intestino por circulación a distintos órganos, como el pulmón, donde impacta produciéndose una reacción inflamatoria eosinofílica. En este órgano se puede presentar como nódulos pulmonares asintomáticos, cuya presencia en un contexto epidemiológico y con exámenes complementarios compatibles, apoyan el diagnóstico.

### OBJETIVOS

Describir una forma de presentación infrecuente de toxocariasis, su diagnóstico y tratamiento.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 4 años, con antecedentes de hiperreactividad bronquial, poseía 2 mascotas sin controles veterinarios (cachorros), y hábito de pica. Consulta por politraumatismo. Por sospecha de contusión pulmonar se realiza TC de tórax, hallándose múltiples nódulos pulmonares subpleurales. En el laboratorio se observa eosinofilia severa, hiperIgE, PCR no reactiva. Se realizan múltiples serologías (Virus Epstein Barr, Chagas, Citomegalovirus, HIV, Hepatitis B y C, Herpes Virus I y II, Hidatidosis, Aspergilosis, Micoplasma) negativas; se realizan ELISA y Western Blot para *Toxocara* que resultan positivo. Se asume como

diagnóstico presuntivo Toxocariasis pulmonar en base a los hallazgos clínicos, tomográficos, la hipereosinofilia y el WB positivo para toxocariasis, en ese contexto epidemiológico. Se realiza fondo de ojo y ecocardiograma normales. Recibe tratamiento con albendazol y meprednisona con evolución favorable.

### DISCUSIÓN

Los nódulos pulmonares son infrecuentes en pediatría y aún más infrecuente es el diagnóstico de Toxocariasis como agente causal. El diagnóstico de la toxocariasis se realiza con un alto valor predictivo positivo en base a los hallazgos clínicos, imagenológicos, serológicos y epidemiológicos junto a la hipereosinofilia. Si bien la confirmación diagnóstica de nódulos por toxocariasis se realiza con biopsia pulmonar, se decidió realizar tratamiento empírico y controlar la evolución con TC para evitar un procedimiento tan invasivo en pediatría, teniendo en cuenta el excelente estado general del niño.



## PARAPARESIA ESPÁSTICA FAMILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Delmonte G.<sup>1</sup>; Gentilini B.<sup>2</sup>; Gonzalez N.<sup>3</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2,3</sup>  
giseladelmonte@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

La paraparesia espástica familiar nuclea un conjunto de alteraciones clínicas similares en grupos familiares definidos y que comparten una etiología molecular (en el caso de estar ésta determinada); se caracterizan por la degeneración progresiva de los tractos corticoespiniales y se presentan con espasticidad y debilidad muscular de miembros inferiores predominantemente. Si bien hay múltiples causas que pueden causar este cuadro clínico, es de importancia el interrogatorio y el examen físico de la familia sospechando paraparesia espástica familiar para arribar al diagnóstico.

### OBJETIVO

Describir una paciente con paraparesia espástica; en la anamnesis dirigida surge antecedente de una hermana de 6 años que comenzó a la misma edad con cuadro clínico similar, planteándose como diagnóstico presuntivo paraparesia espástica familiar.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 3 años de edad, sin antecedentes patológicos según referencia materna, que presenta desde 6 meses previos a la consulta trastornos en la deambulación, con marcha en puntas de pie y múltiples caídas. Al examen físico presenta hiperreflexia y clonus en miembros inferiores, con signo de Babinsky bilateral, tono y sensibilidad conservados en cuatro miembros. Se realiza RNM con y sin contraste de SNC y columna que no muestran lesiones estructurales, descartando tumores y otras alteraciones centrales. Al interrogatorio surge el antecedente de una hermana de 6 años que presenta la misma marcha según

referencia familiar, que comenzó cuando tenía 3 años de edad. Se cita a esta niña, constatando idéntico cuadro clínico. Luego de haber descartado otras etiologías (tóxicas-infecciosas-vasculares-estructurales de SNC/médula-desmielinizantes) y con el antecedente y examen físico de la hermana se asume como diagnóstico presuntivo paraparesia espástica familiar.

### CONCLUSIÓN

El diagnóstico de esta enfermedad se basa en las características clínicas, los antecedentes familiares, la exclusión de otras causas y el test molecular; es muy importante por lo tanto sospechar el cuadro para orientar la anamnesis y examen físico familiares. Es importante considerar esta entidad en todo paciente con paraparesia espástica ya que, si bien no existe tratamiento curativo para dicha patología, al realizar un diagnóstico precoz se pueden brindar terapias que mejoran los síntomas y la calidad de vida del paciente, retrasando la progresión de la enfermedad.

## ABSCESO HEPATO-ESPLENICO OTRA FORMA DE PRESENTACION ATIPICA DE BARTONELLA HENSELAE A PROPÓSITO DE UN CASO

Gutierrez Huanca M.<sup>1</sup>; Kingston C.<sup>2</sup>; Poggie E.<sup>3</sup>  
HOSPITAL PEDIATRICO DR. CLAUDIO ZIN<sup>1,2,3</sup>  
dj\_maguita@hotmail.com



### INTRODUCCION

La enfermedad por Arañazo de Gato (EAG) se puede presentar de forma atípica como absceso hepato-esplénico, proceso benigno, autolimitado causado por Bartonella Henselae (BH). El 90% de los afectados tiene antecedente de contacto con gatos. La enfermedad se transmite al hombre por rasguño o mordedura.

### OBJETIVO

Describir una forma atípica de presentación de EAG como absceso hepato-esplénico (H-E).

### CASO CLINICO

Niña de 9 años, consulta por dolor abdominal y fiebre de 8 días de evolución. Al ingreso posición antálgica, abdomen blando, doloroso en hipogastrio con irradiación a epigastrio, sin signos de irritación peritoneal, visceromegalias ni adenopatías. Lesiones cicatrizales de rasguños en cara interna de brazo izquierdo. Antecedente de contacto con gato y lesión pustulosa tratada por la madre como forunculosis, con amoxicilina. Ecografía abdominal: hígado con imágenes redondeadas hipoeoicas, de bordes definidos en lóbulo izquierdo, la mayor de 17 mm, sin señal doppler color, bazo imagen con las mismas características en 1/3 medio de 13 x 23 mm. Tomografía abdominal: hepatoesplenomegalia heterogénea a expensas de múltiples imágenes nodulares de distribución difusa, cinco en parénquima hepático, dos en bazo. Se solicitaron marcadores tumorales, serologías HIV, VDRL, CMV, Toxoplasmosis, Hepatitis A-B-C, BH y se inició Ceftriaxona más Clindamicina. Todos los resultados negativos excepto BH IgM 1/64, IgG 1/40 por lo que

se modificó tratamiento a Rifampicina más Trimetoprima-Sulfametoxazol. Evolución favorable, resolución inmediata de la fiebre, controles ecográficos: disminución progresiva del tamaño de los abscesos. La resolución completa de los abscesos por ecografía fue luego del 6º mes.

### DISCUSIÓN

Ante la presencia de absceso H-E y antecedente de contacto con felinos considerar EAG. Si bien las manifestaciones típicas incluyen linfadenopatía con o sin fiebre, 5-25% de las formas atípicas presenta compromiso H-E, fiebre y dolor abdominal, 55% pueden presentar adenopatías, cefalea, pérdida de peso, mialgias. Los abscesos por BH generalmente se autolimitan. Serologías con título mayor o igual a 1:64 para BH resultan positivas. El tratamiento para compromiso hepato-esplénico: Trimetoprima-Sulfametoxazol sola o combinada con Rifampicina, y/o Gentamicina.

### CONCLUSION

En el contexto de abscesos H-E interrogar acerca de contacto con gatos y considerar EAG, aun en ausencia de linfadenopatía regional y así evitar la realización de técnicas invasivas.





## A PROPÓSITO DE 2 CASOS: SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE VARIANTE AXONAL MOTORA AGUDA Y DESMIELINIZANTE AGUDA EN PEDIATRÍA COMPARACIÓN DE CASOS

RPD  
318

De Los Reyes Aldana A.<sup>1</sup>; Carreño Bohorquez H.<sup>2</sup>; Bravo Ramirez L.<sup>3</sup>; Di Sarli Marmol X.<sup>4</sup>; Lenis Izquierdo P.<sup>5</sup>

HOSPITAL CLAUDIO ZIN, MALVINAS ARGENTINAS<sup>1,2,3,4,5</sup>

angelicadelosreyes1022@gmail.com

### INTRODUCCION

El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa principal de parálisis flácida subaguda en el mundo y la primera causa de parálisis flácida en niños, en países en los cuales la poliomeilitis ha sido erradicada. Es una polineuropatía aguda que suele tener evolución benigna en la infancia, aunque hay casos prolongados y graves. Se clasifica en 4 subgrupos: polirradiculopatía aguda inflamatoria desmielinizante (AIDP), neuropatía axonal sensitivo-motora aguda (AMSAN), neuropatía axonal motora aguda (AMAN) y síndrome de Miller-Fisher.

### OBJETIVO

Comparar la presentación clínica de dos variantes de guillan barre en pacientes pediátricos, de la misma edad, que se presentaron en el mismo periodo de tiempo y que requirieron internación en UTIP y ventilación mecánica (ARM) con distinta evolución siendo más favorable la variante AIDP.

### DESCRIPCION DE CASOS

Se incluyeron dos pacientes de 3 años de edad, sexo masculino, quienes presentaron al ingreso parálisis ascendente requiriendo ingreso a UTIP con ARM, con resultado de serologías y toxina botulínica negativa. Se realiza electromiograma que muestra en el primer caso variante AIDP y el segundo caso con variante AMAN, a ambos se les realizó 2 ciclos de gammaglobulina, el primer caso se le realiza ciclo de solumedrol, el segundo caso plasmaferesis.

La respuesta clínica del primer caso fue buena con recuperación y egreso, el segundo caso con evolución tórpida, requirió traqueotomía y aún permanece en internación en UTIP.

### CONCLUSIONES

En el síndrome de Guillain Barre es importante diferenciar cada variante, en este caso encontramos que la variante AMAN y AIDP recibieron el mismo manejo inicial con evolución desfavorable para la variante AMAN, a pesar de que se instauró un tratamiento precoz y recibió todas las terapias alternas aún no se logra una recuperación completa, siendo esta variante la de peor pronóstico.

## EXPERIENCIA EN USO DE FIBRINOLITICOS EN DERRAME PLEURAL COMPLICADO EN PEDIATRÍA. SERIE DE 4 CASOS

RPD  
319

Bolletta, M.<sup>1</sup>; Gonzalez L.<sup>2</sup>; Marino C.<sup>3</sup>; Rausemberg G.<sup>4</sup>; Piaggio L.<sup>5</sup>; Zubimendi N.<sup>6</sup>

HIGA PENNA<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

marina\_b88@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El tratamiento clásico de los derrames pleurales (DP) complicados y de los empiemas es el drenaje torácico junto con los antibióticos. Cuando fracasa esta técnica suelen implementarse diferentes estrategias para resolver dicha situación: instilación intrapleural de fibrinolíticos (IIF), videotoracoscopia y toracotomía con decorticación. Existe una gran variabilidad en la práctica clínica. El tratamiento inicial ideal es controvertido.

### OBJETIVO

Describir características clínicas de los pacientes que utilizaron IIF y los resultados obtenidos.

### DESCRIPCIÓN DE CASOS

Aspectos metodológicos: Se realizó estudio retrospectivo de los pacientes que presentaron DP complicados tratados con estreptoquinasa en la sala de pediatría del HIG Penna, desde marzo de 2014 hasta octubre de 2015. Se recabaron y analizaron de sus historias clínicas las siguientes variables: edad, sexo, sintomatología, antecedentes patológicos y de vacunación, tratamientos previos, indicación de tratamiento con IIF y respuesta al mismo.

### RESULTADOS

Se estudiaron 4 casos, la proporción varón: mujer fue de 1:1, la edad media fue de 59.1 meses (rango de 1,5 a 97 meses de edad).

Dos de los pacientes presentaron patología no infectológica de base, uno de ellos Síndrome de Jeune y el otro sospecha de Síndrome de Gorham, dicho paciente presentó quilotorax. Ningún paciente contó con vacuna antineumocócica. La indicación de estreptoquinasa fue por persistencia de fiebre, aumento de la dificultad respiratoria y presencia de tabiques por ecografía pleural en todos los casos. Una paciente requirió ARM. Dos pacientes presentaron rescate microbiológico.

La IIF se realizó en promedio a los 12 días de inicio del cuadro (7-19 días). La dosis de Estreptoquinasa varió entre 100.000-250.000 UI. Fueron realizadas 1 a 3 dosis por paciente. Ninguno de los pacientes presentó alteraciones en plaquetas y/o coagulograma previo al procedimiento. En todos se observó mejoría clínica y aumento del débito de drenaje pleural. El tubo de avenamiento se retiró en tres de los pacientes en promedio al quinto día de iniciada la IIF, en uno se desconoce.

### CONCLUSIONES Y/O DISCUSIÓN

En esta serie de casos se obtuvieron buenos resultados, sin complicaciones por el uso de estreptoquinasa, con buena tolerancia al procedimiento. A partir de esta pequeña serie surge la idea de realizar el seguimiento de estos pacientes para evaluar la aparición de secuelas o reintervenciones y además la necesidad de continuar con el relevamiento de datos de pacientes con uso de IIF, por ser un procedimiento alternativo a la intervención quirúrgica y que podría ser realizado de inicio al momento del diagnóstico de DP tabicado.





## DEPRESIÓN DEL SENSORIO Y ALUCINACIONES EN PACIENTE CON DISGERMINOMA OVÁRICO CON METASTÁSIS

RPD  
320

Pereira M.<sup>1</sup>; Galvagno I.<sup>2</sup>; Buscio M.<sup>3</sup>; Donato M.<sup>4</sup>; Ciavatta J.<sup>5</sup>; Ceballos V.<sup>6</sup>; Arpi L.<sup>7</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

majopereira87@hotmail.com

Paciente de 15 años, derivada de Entre Ríos por recaída de tumor germinal.

Antecedente de salpingooforectomía izquierda en abril de 2013 con diagnóstico anatómo-patológico de disgerminoma puro de ovario izquierdo. No se realizó quimioterapia.

La paciente refiere que comenzó en enero de 2016, con dolor abdominal y masa palpable. Consultó y se realizó TAC de tórax y abdomen con masa abdomino-pelvicana heterogénea, de gran tamaño y masa mediastinal. Se realiza  $\beta$ HCG positiva, por lo que se deriva.

Durante la internación, se realizan:

Ecografía: Masa paravertebral izquierda, vascularizada, heterogénea, de bordes lobulados, con calcificaciones, que engloba y desplaza ventralmente a la aorta. Mide 16 x 16 x 12 cm y desplaza bazo y riñón homolateral.

TC de cerebro, tórax, abdomen y pelvis con contraste oral y EV: masa tumoral a nivel mediastinal de 6 x 8 cm, y masa abdominal de 16 x 13 x 13 con dilatación de la vía urinaria izquierda. Cerebro normal.

Centellograma: captación en cresta iliaca izquierda.

Ecocardiograma: normal.

Recibió quimioterapia del 12/4 al 16/4 con Cisplatino, Ifosfamida y Etopósido.

El primer día presentó un rash durante la infusión de etopósido que revirtió con difenhidramina EV, vómitos con áscaris e hiponatremia asintomática, con ionograma urinario con sodio elevado. Se aumentó el sodio en el plan de hidratación. Se indicó mebendazol por tres días, y se realizó ecografía con vía biliar sin afectación.

El segundo día de comenzó con cuadro de somnolencia extrema, con natreemia normal; el tercer día se agregaron alucinaciones y discurso incoherente. Se descartó alteración del medio interno, y se consideró poco probable un trastorno psiquiátrico relacionado con los corticoides ya que recibió sólo 2 días de dexametasona como antiemético.

Recibió morfina a dosis bajas del 9/4 al 14/4, se suspendió por el cuadro neurológico sin evidenciar mejoría.

Se hizo una búsqueda bibliográfica y se interpretó el cuadro neurológico como secundario a la Ifosfamida. A las 24 horas de concluir la infusión de esta droga la niña mostró recuperación ad integrum.

Por buena evolución clínica se otorgó egreso hospitalario con estrictas pautas de alarma.

## SHOCK SÉPTICO A HEMOPHILUS INFLUENZAE. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
321

Guerra P.<sup>1</sup>; Antunes R.<sup>2</sup>; Sgromo M.<sup>3</sup>; Pisapia N.<sup>4</sup>

HIGA VICENTE LOPEZ Y PLANES<sup>1,2,3,4</sup>

pau.guerra8@gmail.com

### INTRODUCCION

La infección grave por Hemophilus Influenzae (HI), es un cuadro con baja prevalencia desde la incorporación de la vacuna al calendario en el año 1998. La falta del cumplimiento del calendario de vacunación es una de las causas de formas graves de presentación de enfermedad por HI en pacientes inmunocompetentes.

### OBJETIVOS

Describir dos casos de enfermedad invasiva grave por HI y analizar las causas evitables de estos casos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, con revisión de 2 historias clínicas. Caso 1. Niño de 11 meses, sin antecedentes patológicos de relevancia, con vacunación incompleta, presentando solo las dosis de nacimiento. Ingresó en status convulsivo y shock por lo que se realizaron expansiones y anticonvulsivantes según protocolo del servicio. En el laboratorio presentaba leucocitosis a predominio de neutrófilos (gb 34000 neutrofilos 50%). Permaneció 11 días de internación cumpliendo antibióticoterapia con Ceftriaxona 100 mg/k/d. En los cultivos realizados se obtuvo rescate de Hemophilus Influenzae tanto en sangre (2/2) y LCR. Diagnóstico: Sepsis a Hemophilus Influenzae con shock séptico. Caso 2. Niña de 6 meses. Sin antecedentes perinatológicos de relevancia, vacunación incompleta, presentaba BCG, Hepatitis B nacimiento, Sabin 1° y 2° dosis. Prevenar 1° dosis, resto pendiente. Antecedente de Sepsis a foco respiratorio, con cultivos negativos a los 2 meses

de edad, que requirió UCIP por insuficiencia respiratoria. Ingresó con fiebre e irritabilidad de 24 horas de evolución y signos clínicos compatibles con shock. Se realizó tratamiento en emergencias según protocolo del servicio. Como relevancia en los parámetros de laboratorio presentaba leucocitosis a predominio neutrófilo, gl blancos 34000, con plaquetopenia. Permaneció 9 días en internación, cumplió tratamiento con ceftriaxona 100 mg/k/d. Se obtuvo rescate en cultivos de sangre (2/2) y LCR de Hemophilus Influenzae. Diagnóstico Sepsis a Hemophilus Influenzae, con shock séptico

### CONCLUSIÓN

La enfermedad invasiva por HI puede generar comorbilidades graves e incluso aumentar la mortalidad infantil por este germen. Es importante la sospecha etiológica ante la falta de vacunación y que las autoridades implementen medidas que aumenten la cobertura de vacunación en la población.



## EXOFTALMOS Y DEBUT DE LEUCEMIA

Escobar M.<sup>1</sup>; Kuba S.<sup>2</sup>; Filardi F.<sup>3</sup>; Garbini C.<sup>4</sup>  
HOSPITAL POSADAS<sup>1,2,3,4</sup>

marialaura\_escobar@yahoo.com.ar

RPD  
322

Paciente de 11 años, sin antecedentes relevantes que consulta por presentar cuadro de exoftalmos bilateral y diplopía de 10 días de evolución, a lo que asocia 48 horas previas al ingreso hematomas en miembros espontáneos.

En guardia se constata BEG, palidez generalizada, exoftalmos bilateral sin otros signos locales, hematomas pequeños en miembros superiores y en inferiores acompañados con petequias abundantes. Examen neurológico normal, sin otros signos destacables al examen físico.

Se solicita fondo de ojo que informa edema de papila bilateral con pérdida de agudeza visual de un 20% en ambos ojos.

TAC cerebral normal, sin patología estructural con cortes de órbitas donde se observa engrosamiento de músculo recto superior y nervio óptico bilaterales.

Evaluación cardiológica normal. Radiografía de tórax sin particularidades. Hemograma= G. blancos: 46.500/mm<sup>3</sup>, plaquetas: 22.000/mm<sup>3</sup>, Hb: 6,3 gr/dl.

Coagulograma normal. Química= LDH: 1150 U/l, Ac.úrico: 5 mg/dl, hepatograma y función renal normales.

Se realiza frotis de sangre periférica donde se observan blastos y se completa evaluación con PAMO que informa presencia de blastos mieloides.

Diagnóstico definitivo: Leucemia mieloide aguda con compromiso de SNC. Inicia quimioterapia según protocolo.

## CELULITIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA Y CLINDAMICINA: A PROPOSITO DE UN CASO

Rubens I.<sup>1</sup>; Lavitola M.<sup>2</sup>

Servicio de pediatría HOSPITAL DURAND<sup>1,2</sup>  
inemarub@yahoo.com.ar

RPD  
323

### INTRODUCCIÓN

Las infecciones de la piel como celulitis y erisipela son enfermedades frecuentes en la población pediátrica. Los gérmenes causales más frecuentes en pacientes inmunocompetentes son Streptococcus Pyogenes y Staphylococcus Aureus. Es cada vez más habitual rescatar al Staphylococcus Aureus meticilino resistente (SAMR) de infecciones de piel y partes blandas en forma predominante, aunque un 10% cursa en forma invasiva, dentro de ésta, la neumonía necrotizante es su expresión más grave. La Vancomicina, Trimetoprima-Sulfametoxazol y Clindamicina son antibióticos útiles para tratar estas infecciones. Se ha publicado una tasa de resistencia variable a la Clindamicina. Un estudio multicéntrico realizado en nuestro país mostró 10% de resistencia, lo que apoya a la recomendación de expertos quienes sostienen que la Clindamicina es un antibiótico útil para el tratamiento empírico de estas infecciones.

### OBJETIVOS

Describir un caso clínico de celulitis de localización infrecuente secundaria a Staphylococcus Aureus resistente a Clindamicina.

### CASO CLINICO

Paciente de 1 año y 9 meses, consulta por presentar una tumoración eritematosa y caliente en el tabique nasal, que se extiende a ambos párpados inferiores de 7 días de evolución, recibió en forma ambulatoria tratamiento antibiótico con Cefalexina vía oral y por falta de respuesta

se decidió su internación para antibioticoterapia endovenosa. Se indica de inicio Clindamicina EV, pero ante mala evolución clínica se realiza una ecografía de piel y partes blandas que evidencia una colección de 4 x 6 cm con centro reblandecido, de la cual se realiza drenaje y se obtiene material para cultivo rescatándose SAMR resistente a clindamicina y eritromicina, por lo que se rota el antibiótico a Trimetoprima-sulfametoxazol, presentando franca mejoría clínica cumpliendo 15 días totales de tratamiento.

### CONCLUSIÓN

A pesar de que la primera elección para el tratamiento del SAMR es la Clindamicina, es menester contemplar que en nuestro país, en el 10% de los pacientes se ha documentado resistencia del germen a este antibiótico. Es por este motivo que la punción de la lesión y el cultivo del material de la colección resulta un pilar importante para guiar el tratamiento sobre todo en aquellos pacientes en los que la evolución no es la esperada.



## ESCLERODERMIA LINEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Ignes M.<sup>1</sup>; Masera Giol M.<sup>2</sup>; Lobo M.<sup>3</sup>*

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ<sup>1 2</sup>; HOSPITAL ARGERICH<sup>3</sup>  
merch\_ignes@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La esclerodermia es una enfermedad infrecuente en pediatría pero es la tercera condición reumatológica en frecuencia, luego de la artritis idiopática juvenil y del lupus eritematoso sistémico. Presentaremos el caso clínico de una paciente de 4 años que desarrolla esclerodermia lineal (ELi) del miembro superior derecho (MSD).

### OBJETIVO

Describir el caso de una paciente que desarrolla ELi de un miembro con compromiso articular.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 4 años, previamente sana, comienza 15 días previo a la consulta con un cuadro de eritema y edema del dedo índice de mano, progresando a mano y antebrazo con contractura en flexión de los dedos. Al examen físico se encuentra en buen estado general, afebril, se observa edema e induración de la mano y antebrazo derechos, ligeramente dolorosos a la movilización. La piel suprayacente impresiona adelgazada, brillante; se constatan lesiones hipopigmentadas en dorso de dicho miembro. Se realiza ecografía de MSD que evidencia área de induración con aumento del espesor y ecogenicidad de tejido celular subcutáneo sin colección, plano muscular conservado. Por no presentar signos de flogosis y con sospecha de enfermedad reumatológica, se interconsulta con dicho servicio quien confirma el diagnóstico de ELi e inician tratamiento con corticoides.

### DISCUSIÓN

La esclerodermia tiene dos principales formas de presentación: esclerodermia localizada (EL)—la cual suele debutar en la infancia— y esclerodermia sistémica (ES)—suele hacerlo en la adultez. La EL se caracteriza por fibrosis de la piel y del tejido subyacente. Si bien no presenta afectación vascular ni de órganos, un 25% de los pacientes presentan manifestaciones extracutáneas, principalmente traumatológicas. La ELi es el subtipo de EL más común. Éstos pueden desarrollar contracturas o defectos en los miembros debido a trastornos en el crecimiento de los mismos.

### CONCLUSIÓN

La ELi es una afectación reumatológica infrecuente pero es importante considerarla en todo paciente que presente una lesión cutánea indurada e indolora o fibrosada —una vez habiéndose descartado la etiología infecciosa— dado que un diagnóstico temprano, una evaluación adecuada y un tratamiento efectivo son cruciales para mejorar la evolución a largo plazo.

## SÍNDROME DE DRESS INDUCIDA POR LEVETIRACETAM EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: A PROPOSITO DE UN CASO

*Gutierrez Huanca M.<sup>1</sup>; Bazzolo E.<sup>2</sup>; Kingston C.<sup>3</sup>*

HOSPITAL PEDIATRICO DR. CLAUDIO ZIN<sup>1 2 3</sup>  
dj\_maguita@hotmail.com



### INTRODUCCION

El síndrome de DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms) se presenta como reacción a un fármaco, con frecuencia a los anticonvulsivantes. Caracterizado por erupción cutánea, fiebre, linfadenopatía, eosinofilia, linfocitos atípicos y compromiso de órganos viscerales. El reconocimiento del Síndrome de DRESS y la suspensión del fármaco, limitan su progresión.

### OBJETIVOS

Enumerar las características clínicas, de laboratorio, evolución y tratamiento instaurado en un paciente con diagnóstico de Síndrome de DRESS.

### CASO CLINICO

Masculino de 13 años con antecedente de Epilepsia y Migraña desde los 10 años, tratado con Ácido Valproico y Amitriptilina cuya medicación fue remplazada por Levetiracetam. Consulta por fiebre, odinofagia, exantema generalizado y prurito de diez días de evolución. Ingresa lúcido, febril, con exantema escarlatiniforme con acentuación en pliegues, lengua depapilada, fauces eritematosas, múltiples adenopatías, lesiones costrosas en lóbulo de orejas y peribucales. En el laboratorio se observa Eosinofilia de 16.8% (1948 totales). Valorado por dermatología bajo la sospecha de Síndrome de DRESS secundario a Levetiracetam se suspendió el fármaco y se inició Meprednisona 2 mg/Kg/día con disminución progresiva. Hisopado de fauces: Negativo,

Serologías: CMV, EBV, Herpes 1-2-6 y Hemocultivos Negativos. Paciente evoluciono favorablemente con disminución del exantema. Se observó en laboratorios Eosinofilos 0% al 7° día. No presento complicaciones.

### DISCUSION

El síndrome DRESS tiene una incidencia estimada de 1/ 1.000 a 10.000 pacientes. Con una mortalidad del 10 %. Los antecedentes personales o familiares de DRESS, inmunodeficiencias primarias o adquiridas y las neoplasias constituyen los factores de riesgo más frecuentes. Como diagnósticos diferenciales considerar a los Linfomas, Pseudolinfomas por medicamentos, Infecciones agudas por el virus de Epstein-Barr, Virus de la Hepatitis A y B, Streptococo, Pustulosis aguda exantemática generalizada, síndrome de Stevens-Johnson y síndrome hipereosinofílico.

### CONCLUSIONES

Se debe considerar al Síndrome de DRESS como un posible diagnostico ante un paciente que se presenta con exantema, fiebre y compromiso sistémico. La rápida suspensión de la droga es fundamental en el tratamiento. El uso de corticoides resulta controvertido. Es fundamental informar al paciente y la familia la nómina de medicamentos que el mismo no puede recibir para evitar recidivas y complicaciones.



## A PROPÓSITO DE UN CASO: PANCITOPENIA SECUNDARIA A DÉFICIT DE VITAMINA B12

RPD  
327

Del Pino M.<sup>1</sup>; Lomez J.<sup>2</sup>; Panzitta J.<sup>3</sup>; Robledo C.<sup>4</sup>

HOSPITAL RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2,3,4</sup>

marieladelpinoferoni@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La pancitopenia se define por la disminución de las tres series hematológicas por debajo de rangos normales. En la actualidad la Academia Americana de Pediatría acepta la disminución de al menos dos series. La etiopatogenia puede deberse a alteración en la producción, por ocupación de la médula ósea o al aumento en la destrucción central o periférica.

### OBJETIVO

Describir paciente con pancitopenia secundaria a déficit de vitamina B12.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 10 meses, con regular actitud a la vía oral, decaimiento y palidez de 3 meses de evolución. Alimentado sólo a pecho materno. Examen físico presenta regular estado general, palidez cutáneo mucosa, leve tinte icterico, taquicardia, soplo sistólico 2/6, hemodinámicamente compensado. Retraso neuromadurativo leve. Antropometría: peso y talla pc 75. Antecedentes Perinatólogicos: NT, PAEG, embarazo controlado, serologías negativas. Antecedentes Familiares: Madre con anemia en embarazo. Quinto hijo, hermanos sanos.

Hemograma: Hb 6,2 VCM 93, GB: 3100(35/55/10) plaquetas 80.000. LDH 3328 y BT 3,3 BD 0,6., reticulocitos 0,5 y prueba de Coombs negativa. Frotis: sin blastos en sangre periférica. Serologías virales: negativas. Ecografía abdominal y RX tórax normales. Dosaje de vitamina B12 del paciente (82ug VN 190 -660) y la madre (120 ug).

Con diagnóstico de anemia megaloblástica secundario a déficit de vitamina b12 materno se realizó tratamiento con cianocobalamina inyectable diaria por una semana, evidenciándose una rápida mejoría clínica y de laboratorio. Continúo con aplicación semanal hasta el mes, luego mensual.

### DISCUSIÓN

La anemia por déficit de B12 tiene como principal etiología el déficit materno. La fuente es la leche materna hasta la incorporación de semisólidos de origen animal. La sintomatología puede comenzar entre los 4-10 meses de vida. Como presentó nuestro paciente, cursa con clínica hematológica y neurológica. El diagnóstico se realiza por dosaje de Vit B12. La Homocisteína y ácido metilmalónico se encuentran elevados en el 98% de los pacientes. Se solicitan muestras pareadas con la madre. Resaltamos la importancia de una anamnesis detallada en las consultas preparto sobre hábitos alimentarios y patología malabsortiva. La Asociación Americana de Pediatría avala la suplementación con Vit B12 a los lactantes hijos de madres veganas con 0.4 ug/d de vitamina durante los primeros 6 meses de vida y 0.5 ug/d hasta el año.

## HIDATIDOSIS HEPATICO-PULMONAR. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
328

Luna C.<sup>1</sup>; Luna C.<sup>2</sup>; Corona R.<sup>3</sup>; Bermejo N.<sup>4</sup>

CEPSI EVA PERON SANTIAGO DEL ESTERO<sup>1,2,3,4</sup>

<caroluna17@gmail.com>

### INTRODUCCION

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria producida por la larva de Echinococcus granulosus que se desarrolla en el intestino de los canes. En el ser humano se manifiesta con la formación de quistes en distintos órganos preferentemente hígado y pulmón. A continuación se presenta caso clínico de paciente con hidatidosis pulmonar hepática con comunicación a la vía biliar.

### DESCRIPCION

Paciente de 14 años de edad procedente de zona rural de Santiago del Estero diagnosticado hidatidosis pulmonar hace 3 años por screenig serológico y ecográfico por familiar con hidatidosis pulmonar. El niño en ese momento cumplió tratamiento con albendazol 3 ciclos sin controles posteriores.

Actualmente consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho de intensidad creciente que no se exagera con los movimientos ni calma con el reposo, se acompaña de nauseas que calmaban con la administración de antiácidos.

Al examen físico se evidencia paciente en regular estado general, con ictericia generalizada, afebril, refiere dolor con la inspiración en base pulmonar derecha, buena dinámica respiratoria, hemodinámicamente compensado, abdomen distendido blando, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho.

Laboratorio: leucocitosis con desviación a la izquierda, anemia leve, eritrosedimentacion acelerada, hiperbilirrubinemia de predominio directa. Orina con presencia de urobilinogeno y pigmentos biliares. Ecografía que evidencia quiste hepático de 10 cm de diámetro comunicación a la vía biliar (conducto hepático derecho).

Rx de torax se objetiva derrame pleural derecho asumiendo por contigüidad hepática diafragmática, se realiza pensión objetivando liquido verdoso mal oliente.

Al 5to día paciente presenta descompensación hemodinámica, se realiza destechamiento del quiste bajo anestesia dejando drenaje al exterior con objetivo de provocar cierre de fistula comunicante. Buena evolución y respuesta al tratamiento.

### CONCLUSION

Ante presencia de hidatidosis con tratamiento médico se deben controlar posibles complicaciones como síndrome coledociano y derrame pleural por contigüidad de quiste hepático. Valorar tratamiento quirúrgico oportuno y seguimiento posterior al tratamiento en zonas endémicas.



## EMBOLIAS SÉPTICAS EN PEDIATRÍA A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Alvarado M.<sup>1</sup>; Bande A.<sup>2</sup>; Luppi G.<sup>3</sup>; Ortiz G.<sup>4</sup>; Martorelli T.<sup>5</sup>; Latorre A.<sup>6</sup>; Primrose D.<sup>7</sup>; Roque M.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE CLINICAS JOSE DE SAN MARTIN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>

milualvarado@outlook.com



### INTRODUCCIÓN

La embolia pulmonar séptica es una enfermedad grave y poco frecuente que se caracteriza por presentar infiltrados pulmonares bilaterales asociados a un foco infeccioso extrapulmonar. El *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) es un patógeno emergente, con alta virulencia y de rápida propagación, que afecta a sujetos sin enfermedades previas relacionadas o factores de riesgo conocidos.

### OBJETIVOS

Describir 2 casos de embolias séptica en paciente inmunocompetentes y sin factores de riesgo documentados en la sala de pediatría durante el período enero-junio de 2016.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

**CASO 1:** Antecedentes personales: Paciente de 17 años con antecedente de diagnóstico de TBC pleural en 2014, presentó evolución tórpida e inadecuada adherencia al tratamiento. Antecedentes de Enfermedad Actual: Espujo hemoptoico de 2 semanas de evolución. Se realizó Rx tórax (aumento de grosor pleural), muestra de esputo seriado (negativo para BAAR), TAC tórax (imágenes nodulares). Motivo de Internación: Sospecha de émbolos sépticos. Se realizó BAL (positivo para SAMR). Se realizó búsqueda de focos profundos y HMCx2 (negativos). Al examen físico sin puerta de entrada. Diagnóstico: Embolia séptica por SAMR. Tratamiento: Vancomicina EV  
**CASO 2:** Antecedentes Personales: Paciente de 12 años de edad con antecedentes de forunculosis.

Presenta antecedente de TBC materna. Antecedentes de Enfermedad Actual: Comenzó con lesión nasal con signos de flogosis de 7 días de evolución. Realizó tratamiento con Cefalexina con mala respuesta. Por empeoramiento de lesión, asociado a omaglia consultó nuevamente. Se realizó laboratorio (GB 20660), HMCx2 (negativos), Rx tórax frente (imagen paracardiaca izquierda) y se medicó con clindamicina EV. Motivo de internación: Celulitis en cara. Se realizó TAC tórax (múltiples imágenes nodulares bibasales), se realizó PPD y esputos seriados (negativo). Se realizó búsqueda de focos profundos y serologías (negativas).

### DIAGNÓSTICO

Sospecha de embolia séptica. Tratamiento: Vancomicina EV.

### CONCLUSIÓN

Las embolias sépticas representan una afección potencialmente mortal que requiere un diagnóstico precoz y tratamiento antimicrobiano agresivo para la erradicación de la infección y evitar las complicaciones.

## HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA Y SINDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÀGICA COMO COMPLICACION DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO JUVENIL

Gonzalez Macias M.<sup>1</sup>; Quintana C.<sup>2</sup>; Groppo C.<sup>3</sup>; Tinnirello A.<sup>4</sup>; Bagattini M.<sup>5</sup>; Rivera M.<sup>6</sup>

HOSP NAC PROF A POSADAS<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

mgonzalezmacias@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

Hemorragia Alveolar Difusa (HAD) manifestación infrecuente que ocurre en 5-10% de paciente con Lupus Eritematoso Sistémico Juvenil (LESJ). Asistencia respiratoria mecánica (ARM), insuficiencia renal, y trombocitopenia se asocian con mayor mortalidad.

### OBJETIVO

Comunicar el caso clínico de una paciente con diagnóstico de LESJ que desarrolla Síndrome Activación Macrofágica (SAM) y HAD dos complicaciones con elevada morbimortalidad.

### CASO CLÍNICO

Paciente sexo femenino 12 años de edad previamente sana. Inicia cuadro clínico 2 meses previos a la consulta con astenia y síndrome febril. Previo a la admisión presenta hemorragia gingival, epistaxis. Se constata paciente febril, mal estado general con hematomas, petequias, edemas en miembros inferiores y ulcera en paladar. Exámenes complementarios: pancitopenia, PCD+. ERS acelerada, KPTT prolongado. Elevación de LDH, transaminasas, hipergamaglobulinemia e hipoalbuminemia. Sedimento de orina proteinuria y microhematuria. Función renal normal. Serologías HIV, VDRL, Hepatitis B y C no reactivas. FAN 1/640 homogéneo, anti-DNA 1/160, RNP y Sm positivo, hipocomplementemia. Ro, La, Anca P, C y Ac Anti membrana basal negativo. Anticoagulante lúpico positivo. Ferritina elevada. Anticardiolipinas Ig G + y B2

glicoproteínas Ig G y M +. Índice Actividad SLEDAI: 27. Derrame pericárdico leve. 6° día internación: evoluciona con dificultad respiratoria e hipoxemia. Ingres a TIP sin requerimientos ARM. TAC pulmón: Áreas vidrio esmerilado bilaterales que podrían corresponder a proceso alveolar activo. Derrame pleural bilateral a predominio izquierdo. Espirometría con DLCO: DLCO Y KCO aumentados para el volumen alveolar obtenido, que se haya disminuido. Biopsia Renal Nefritis lúpica proliferativa difusa Clase IV. Recibió tratamiento con inmunoglobulina (IVIG), metilprednisolona y ciclofosfamida endovenosa. Posteriormente meprednisona vía oral e hidroxilcloroquina.

### CONCLUSIÓN

HAD se asocia con elevada mortalidad alcanzando 50% a 80%. La sospecha diagnóstica precoz de HAD y SAM permite orientar el tratamiento oportuno que incluye: altas dosis de metilprednisolona en combinación con ciclofosfamida y plasmáfesis. Otras opciones terapéuticas son rituximab, IVIG, y micofenolato mofetil.





## ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE REFRACTARIA Y FATAL POR ANTICUERPOS CALIENTES EN UN NIÑO DE 6 MESES DE EDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
331

Siri M.1; Nuñez J.2; Diaz H.3; Parias R.4; Vela M.5; Stratico R.6; Vera F.7; Sanchez V.8; Selandari J.9

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>

marce.siri@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

La anemia hemolítica autoinmune es una enfermedad rara en pediatría causada por la destrucción de eritrocitos por anticuerpos dirigidos a antígenos propios de la membrana. Los anticuerpos más frecuentemente observados son de tipo IgG, asociados o no al complemento, los cuales interactúan mejor a temperatura de 37°C, produciendo hemólisis. Es una enfermedad con una prevalencia de 1/100.000, con una edad media de presentación de 2 años y 8 años.

### OBJETIVO

- Reportar un caso de anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes en un paciente de 6 meses de edad.
- Revisar las opciones terapéuticas actuales.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 6 meses, previamente sano, consulta en otro centro por ictericia y palidez de 48 hs de evolución, realizan laboratorio constándose anemia severa, por lo que se deriva a nuestra institución para diagnóstico y tratamiento. Al ingreso presenta laboratorio: Hto:13.2%, Hb:4.5g/dl, Gb:23200/mm<sup>3</sup> (51/2/0/39/8), BT:1.9mg/dl, BD:0.2mg/dl, LDH:1048U/L, resto de hepatograma, ionograma y plaquetas normales. Reticulocitos 20%, GyF O+ (isogrupo isofactor). Prueba de Coombs directa (+). Frotis con anisocitosis, anisocromía, policromatofilia, eritroblastos 50%, plaquetas aumentadas. Se realizaron serologías negativas. Eluido: IGG panreactiva.

Estudio de inmunidad humoral y celular: Dosaje de gamaglobulinas G, A, M y E normales, CD3 45%, CD4 30%, CD8 13%, CD56 NK 6%.

Inicia tratamiento con gammaglobulina 1gr/kg/día EV, por 48 hs., luego metilprednisona 1 mg/kg/día con respuesta incompleta y persistencia de crisis hemolíticas, por lo que recibe 3 pulsos de metilprednisolona 30 mg/kg/dosis, seguido de metilprednisona 2 mg/kg/día sin mejoría significativa. Se realizaron controles de laboratorios diarios, con valores de hemoglobina variables pero sin superar 6.5 g/dl requiriendo múltiples transfusiones de glóbulos rojos isofenotípicos. Previo a comenzar tratamiento con Rituximab, presenta crisis hemolítica con Hb <2g/dl y paro cardiorrespiratorio que no responde a reanimación y transfusión.

### CONCLUSIÓN

La AHAI es una enfermedad relativamente poco frecuente en menores de 2 años, a menudo refractaria al tratamiento corticoesteroide tomando importancia otros tratamientos inmunomoduladores como gamaglobulina IV, rituximab, etc.

## UNA COMPLICACIÓN ATÍPICA DEL VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO: ENCEFALITIS

RPD  
332

Ledesma R.1; Bidegain J.2; Potasznik J.3; Cairolí H.4; Checcacci E.5; Schenonne N.6; Gambarruta F.7

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

romina.a.ledesma@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

El Virus Sincicial Respiratorio (VSR) es la primera causa de bronquiolitis y neumonía en menores de un año. Se considera el patógeno principal del tracto respiratorio en la primera infancia. Es un virus ARN, perteneciente a la familia Paramyxoviridae; existen dos subtipos antigénicos. Se propaga mediante gotas infectadas que tanto en suspensión como en contacto con las manos u otros materiales, se inoculan en la nasofaringe de una persona susceptible. En los últimos años se reportaron en diferentes artículos alteraciones neurológicas asociadas a este germen, que aún no han sido descritas en detalle. Por ello, no es frecuente pesquisar este virus en pacientes con síntomas o signos que involucren al sistema nervioso central. Esto lleva a subestimar la incidencia de estas complicaciones. Siendo un patógeno tan prevalente en la población pediátrica, es conveniente conocer este tipo de complicaciones menos frecuentes, para fomentar su sospecha y arribar a un diagnóstico precoz.

### OBJETIVOS

Presentación de un caso clínico de probable encefalitis por VSR.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, edad 1 año y 11 meses (1 año y 8 meses EGC), producto de embarazo gemelar, con antecedente de prematuridad (27 semanas), por lo cual permaneció internada en neonatología durante 90 días. Presentó una segunda internación por neumonía a los 11 meses, sin rescate microbiológico. Es traída a guardia por presentar fiebre de 5 días de evolución y dificultad respiratoria, previo a lo cual fue medicada con amoxicilina-ácido clavulánico, salbutamol y corticoides durante 4 días.

Consulta por empeoramiento clínico las 24 horas previas a la consulta. En guardia se valora febril, con dificultad respiratoria, taquipneica, con tiraje generalizado e hipoxemia, por lo que se decide su internación para diagnóstico y tratamiento. Ingresa con cuadro de vía aérea baja y notable alteración del sensorio, con tendencia al sueño, hiporreactiva, por lo que a las 24 hs del ingreso se realiza punción lumbar, que presenta citoquímico normal, y se realiza interconsulta con Servicio de Neurología, que la evalúan y realizan Electroencefalograma (EEG), donde se observa trazado con lentificación difusa compatible con encefalitis. Como rescate microbiológico, se aisló VSR en Virología de secreciones nasofaríngeas en dos ocasiones, presentando el resto de los exámenes sin rescate: (Cultivo de LCR, PCR de LCR para Herpes, Enterovirus, Adenovirus e Influenza, Hemocultivos por dos, Serología para Mycoplasma). Se interpretó el cuadro como encefalitis de probable etiología viral por VSR. Luego de 6 días de internación, comenzó a mejorar a nivel neurológico, presentándose paulatinamente más conectada y reactiva, desapareciendo la tendencia al sueño. A nivel respiratorio, evolucionó favorablemente.

### CONCLUSIÓN

Si bien es rara la afección del SNC por Virus Sincicial Respiratorio, no hay que ignorar que puede ser una forma de complicación, por lo que ante un paciente con infección respiratoria severa, con aislamiento de VSR en secreciones nasofaríngeas, que presente signos o síntomas neurológicos, debería tenerse en cuenta al VSR como agente etiológico de estas manifestaciones y de ser posible, solicitar estudios para aislamiento del mismo en LCR.



## PIOMIOSITIS ABSCEDADA SECUNDARIA A SEPSIS POR ESTREPTOCOCCO PYOGENES BETA HEMOLÍTICO GRUPO A. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
335

Carena N.<sup>1</sup>; Bessone C.<sup>2</sup>; Masuelli L.<sup>3</sup>; Lesgart S.<sup>4</sup>; Gorosito M.<sup>5</sup>; Melvin M.<sup>6</sup>

HOSPITAL CENTENARIO. ROSARIO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

natalicarena@hotmail.com

### INTRODUCCION

El Streptococcus Beta Hemolítico Grupo A (SBHA), coco gram positivo, coloniza vías respiratorias superiores y piel. Produce desde cuadros leves hasta infecciones invasoras. Estas últimas se definen como aquellas en las que se aísla el patógeno de un sitio estéril. La Piomiositis Abscedada es una de ellas.

### OBJETIVOS

Considerar al SBHA, como agente causante de Piomiositis Abscedada secundaria a Sepsis, con puerta de entrada en fauces, en pacientes inmunocompetentes.

### CASO CLINICO

Niño de 13 años, eutrófico y correctamente inmunizado, que ingresa a internación por cuadro clínico de 10 días de evolución de fiebre; agregando posteriormente artralgias, edema, lesiones petequiales y rash en miembros inferiores. Como antecedente de jerarquía refería foco familiar positivo para Dengue. Se solicita laboratorio con leucopenia, plaquetopenia, hemoconcentración y elevación de reactantes de fase aguda. Se asume como Síndrome Febril Prolongado y por clínica compatible con Sepsis se indica antibióticoterapia previa toma de hemocultivos y Urocultivo negativos y Exudado faríngeo positivo a SBHGA. Serologías para enfermedades endémicas y virales no reactivas. Por agregar eritema y tumefacción en mano izquierda acompañado de impotencia funcional y dolor en pierna contralateral, se solicita ecografía que revela colección abscedada en ambos sitios, por lo que se realiza

drenaje arrojando el cultivo del primero resultado positivo para SBHA, sensible a Clindamicina Eritromicina Penicilina y Azitromicina. Realiza tratamiento con Cefotaxime y Vancomicina, 14 y 6 días respectivamente, rotándose a vía oral según sensibilidad, con buena evolución.

### DISCUSION

Las complicaciones supurativas de SBHA son poco frecuentes en la era postantibiótica. La puerta de entrada generalmente es desconocida. Puede ser por contigüidad o diseminación hematogena produciendo artritis supurada, meningitis, endocarditis, osteomielitis y abscesos. Por lo tanto podemos decir que la Piomiositis a SBHA, es una entidad poco frecuente, asociada a una alta mortalidad. La mayoría no presenta patología crónica previa ni compromiso del estado nutricional. Clínicamente se manifiesta por tumefacción muscular, dolor local intenso, fiebre y eritema.

### CONCLUSIONES

Tener un alto índice de sospecha de infección invasora por SBHA en pacientes inmunocompetentes, con síndromes febriles prolongados o cuadros sépticos, considerando como puerta de entrada fauces, para arribar a un diagnóstico y tratamiento precoz.

## CLAUDICACION DE LA MARCHA EN PACIENTE CON SINDROME UÑA ROTULA: A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
336

Masera Giol M.<sup>1</sup>; Ignés M.<sup>2</sup>; Groselj M.<sup>3</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2</sup>; HOSPITAL ALEXANDER FLEMING, MENDOZA<sup>3</sup>

paumasera@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El síndrome uña-rotula es un trastorno hereditario, autosómico dominante, no ligado al sexo de penetrancia completa y expresividad variable. Se presenta en 1 en 50000 nacidos vivos. Se caracteriza por manifestaciones musculoesqueléticas, dermatológicas y renales.

### OBJETIVO

Describir el caso de un paciente con síndrome de uña rótula diagnosticado en contexto de claudicación de la marcha.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 7 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares a destacar. Es traído en brazos de su madre por claudicación de la marcha. Comienza 3 meses previos a la consulta con cojera de miembro inferior izquierdo, es interpretada como sinovitis transitoria de cadera y se le indican reposo y analgesia. Evoluciona desfavorablemente, no pudiendo deambular luego de 14 días. Al examen físico se encuentra en buen estado general, afebril, con hipoplasia y luxación de ambas rótulas, pies equinos, hipertonia de tendón de Aquiles. Hipotrofia de miembros inferiores, debilidad proximal de cintura escapular y pelviana, limitación a la extensión de ambos codos. Dedos con deformidad en cuello de cisne, uñas de pulgares hipoplásicas. Se decide su internación para estudio, se realizan hemograma, función renal y CPK normales. Sin proteinuria. RMN de columna normal. Por las características mencionadas y con sospecha de Síndrome Uña- Rótula se interconsulta con Servicio de Genética quienes confirman el diagnóstico y sugieren realizar estudio de mutación genética, no disponible en el país.

Luego de 22 días de internación recupera la deambulación con ayuda de Servicio de Kinesiología.

### DISCUSIÓN

Existen cuatro signos cardinales del Síndrome Uña Rótula: displasia ungueal, displasia rotuliana, alteraciones en codo y anomalías pelvianas. Se necesitan dos de los mismos para confirmar el diagnóstico de este síndrome. Nuestro paciente presenta las tres primeras. A pesar de sus manifestaciones y de haber concurrido a controles periódicos de salud, esta entidad nunca había sido sospechada. El diagnóstico se realiza en contexto de claudicación de la marcha, entidad no relacionada con dicho síndrome. Al momento del diagnóstico no presenta afectación renal, pero debe realizarse control periódico de la misma, ya que éste es el principal factor pronóstico.

### CONCLUSIÓN

Si bien el Síndrome Uña Rótula es una entidad extremadamente infrecuente, ante la presencia de signos y síntomas característicos debe sospecharse esta entidad ya que puede presentar complicaciones graves, principalmente la falla renal.



## DESCRIPCIÓN CLÍNICO-LABORATORIAL DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN PACIENTES INGRESADOS A LA SALA DE PEDIATRÍA DEL HIG PENNA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

PO  
337

Díaz Gutiérrez C.<sup>1</sup>; Bolletta M.<sup>2</sup>; Majka F.<sup>3</sup>; Sframeli C.<sup>4</sup>; Vanzini S.<sup>5</sup>; Zubimendi N.<sup>6</sup>

HOSPITAL HIG PENNA<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
celediaz\_7@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La cetoacidosis diabética (CAD) es una de las complicaciones más graves de la diabetes mellitus (DM). Existen diversas guías para el abordaje y tratamiento de la CAD, en nuestro hospital utilizamos las guías ISPAD.

### OBJETIVO

Describir los aspectos clínicos y los hallazgos de laboratorio, así como los resultados en la mortalidad y morbilidad durante el manejo de la CAD de pacientes atendidos en la sala de pediatría de HIG Penna de Bahía Blanca durante los últimos 5 años (2011-2015).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Presentación de serie de casos retrospectivos y descriptivos. Se revisaron historias clínicas con episodios de CAD definido según criterios de Guía ISPAD ingresadas en nuestro hospital en los últimos 5 años, desde enero 2011 hasta diciembre 2015. Se describen la siguientes variables: edad, sexo, debut, laboratorio de ingreso, osmolaridad plasmática, días de internación, tiempo transcurrido hasta obtener pH 7,30 y glucemia, complicaciones y mortalidad.

### RESULTADOS

De los 30 niños, 16 fueron niñas (53,3%) y 14 de sexo masculino (46,6%). La edad fue  $11.4 \pm 2, 4$  años.

La CAD como debut se observó en 19 pacientes (64%) mientras que el restante 36% eran diabéticos en tratamiento. Se categorizaron como CAD moderada (pH < 7.20 y bicarbonato <10) 10 pacientes (35%) y 20 (65%)

correspondieron a CAD graves (pH <7.10 y bicarbonato < 5 o shock), no se registraron casos de CAD leve.

La glucemia al ingreso fue de  $457 \pm 142,6$  mg/dl. En promedio el tiempo para obtener pH 7,30 fue de  $14 \pm 4$  hs mientras que la glucemia se normalizó a las  $9,8 \pm 4,6$  hs desde el ingreso. La osmolaridad plasmática de ingreso fue de  $309 \pm 13,2$ . La estancia hospitalaria fue de  $6,2 \pm 2, 6$  días

Las complicaciones se observaron en 3 pacientes (10%), 2 de ellos presentaron acidosis hiperclorémica y una hipofosfatemia. Ningún paciente presentó signos o síntomas atribuibles a edema cerebral. La mortalidad fue 0%.

### CONCLUSIONES

Se observaron escasas complicaciones y 0% de mortalidad. La estancia hospitalaria es similar a la reportada por trabajos similares. Observamos que el porcentaje de pacientes con diagnóstico de dbt tipo I y presentación de CAD es cercano al 36% a partir de lo cual podemos concluir que hay una falla en la adherencia al tratamiento. La glucemia se normaliza antes que la acidosis en la población estudiada.

Cabe destacar la importancia de educar al paciente y entorno familiar acerca de los métodos preventivos para evitar llegar a éste cuadro, como así también el seguimiento periódico del paciente. Asimismo es fundamental mantener actualizado al personal de salud (médicos, enfermeros y bioquímicos) para evitar la morbimortalidad del paciente.

## OSTEOMIELITIS CRÓNICA. A PROPOSITO DE UN CASO

RPD  
338

Cimmino N.<sup>1</sup>; Alvarez L.<sup>2</sup>; Serrano N.<sup>3</sup>; Reines V.<sup>4</sup>; Guembe M.<sup>5</sup>; Kondratiuk Y.<sup>6</sup>; Ballesta D.<sup>7</sup>; Gaeto N.<sup>8</sup>

HOSPITAL CARLOS G DURAND<sup>1 2 3 4 5 6 7 8</sup>  
<nati.cimmino@hotmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es la infección del hueso, de causa bacteriana o fúngica y con menor frecuencia de parásitos o micobacterias. Se produce por vía hematogena, por contigüidad (trauma o cirugía) o insuficiencia vascular (rara en niños). Es más frecuente en menores de 5 años, varones y en huesos largos de miembros inferiores. El patógeno más frecuentemente involucrado es el *Staphylococcus aureus* (80%); otros *Streptococcus A* y *B*, *S. pneumoniae*, gram neg, *Pseudomonas* y *H. influenzae* tipo B (en pacientes no vacunados). Los HMC y el cultivo óseo tienen un rescate del 50 al 70%. La osteomielitis crónica presenta una evolución mayor a 3 semanas. Habitualmente es consecutiva a una osteomielitis aguda. Se pueden observar alteraciones en estudios de imágenes. Siendo el centellograma óseo y la RMN los gold standard.

El tratamiento empírico inicial se realiza con Clindamicina o Cefalosporina de tercera generación EV, y con Vancomicina o Linezolid en caso de sospecha de resistencia. La duración es de 3-6 meses en los casos crónicos, en los cuales también se realiza tratamiento quirúrgico con debridación.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una paciente con diagnóstico de osteomielitis crónica secundaria a infección de partes blandas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de sexo femenino de 12 años, con antecedente de forunculosis en tercio distal de muslo derecho que evoluciona a celulitis y posteriormente a absceso; recibió tratamiento con múltiples esquemas antibióticos (vía oral,

vía endovenosa) y drenaje quirúrgico en lugar de origen sin mejoría clínica. Inicia seguimiento en Hospital de Día, con patología de 5 meses de evolución, presentando drenaje espontáneo de material purulento e inflamación de la zona mencionada. Realiza tratamiento con Levofloxacina y TMS durante 7 días. RMN que evidencia alteraciones de partes blandas sin evidencia de compromiso óseo; Fistulografía con contraste yodado: donde se visualiza trayecto fistuloso sin compromiso articular; TAC donde se observa ligera irregularidad en la cortical externa del tercio distal de fémur y Centellograma óseo: que informa posible compromiso óseo. Servicio de traumatología realiza fistulectomía y toilette quirúrgica del foco lesional, con toma de muestras de partes blandas y de fémur distal. Cultivo de lesión: Positivo para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina. Anatomía patológica: que informa fibrosis y tejido de granulación inflamatorio. Se asumió el cuadro como osteomielitis crónica, por lo que se indica continuar tratamiento antibiótico con Trimetoprima Sulfametoxazol a cumplir 6 meses totales.

La paciente realizó seguimiento clínico y con parámetros de laboratorio, que presentaron evidente mejoría posterior a la intervención quirúrgica y el tratamiento antibiótico definitivo.

### CONCLUSIÓN

Ante una infección de partes blandas de evolución tórpida y prolongada (más de 21 días) y tratamiento antibiótico adecuado por diferentes vías; es importante valorar y tener presente el uso de los estudios por imágenes los cuales siguen siendo gold estándar para descartar compromiso óseo.



## DISPLASIA DE MONDINI

Anselmo Chain C.<sup>1</sup>; Rodriguez B.<sup>2</sup>; Raggio S.<sup>3</sup>; Vitale M.<sup>4</sup>; Pota A.<sup>5</sup>  
HOSPITAL DURAND<sup>1 2 3 4 5</sup>  
ceci\_anselmo20@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La Displasia de Mondini es una malformación del oído interno causada por la detención del desarrollo del oído antes de la octava semana de gestación, dando lugar a la falta de formación de las porciones más apicales de la cóclea y a otras malformaciones en el vestíbulo y los conductos semicirculares. La cóclea no tiene más que una vuelta y media en lugar de las dos y media del oído normal.

Representa el 30% de las malformaciones congénitas del oído interno. Se produce debido a una embriopatía, infecciosa o tóxica, o bien ser de causa genética, aislada o asociada a un síndrome polimalformativo. Se manifiesta principalmente como una hipoacusia neurosensorial, casi siempre asimétrica, de grados variables. La función vestibular puede verse afectada, aunque en la minoría de los casos, expresándose como mareos, vértigo, ataxia, nistagmus, entre otros.

El diagnóstico es mediante el estudio radiológico, TC o RMN. En la TC y el tratamiento de elección es el implante coclear multicanal, consiguiendo buenos resultados con la rehabilitación.

### OBJETIVO

Presentar el caso clínico de un paciente con Displasia de Mondini, en el cual se llegó al diagnóstico por ser la disfunción vestibular el síntoma principal del cuadro.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó la historia clínica de un paciente de 4 años, previamente sano, quien presenta antecedente de dos internaciones por episodios de ataxia aguda precedidos por un cuadro viral con CVAS. Se descartaron etiologías neurológicas y tóxicas.

Consulta por presentar cuadro agudo de ataxia, de similares características a los previos. Se realizó TC de SNC sin contraste, EEG, RNM con y sin contraste y estudio metabólico ampliado, todos dentro de límites normales. Asimismo se realizó evaluación oftalmológica y cardiológica, laboratorio completo y tóxicos en orina, sin particularidades. Se solicitó evaluación audiológica con OEA, informándose leve hipoacusia secundaria a ocupación de odio medio por secreciones mucosas en oído izquierdo. Por tal motivo se realizó PEAT, constatándose hipoacusia severa profunda de dicho oído. Se consultó con el servicio de ORL de hospital Ricardo Gutiérrez, donde se solicitó TC de peñasco, en la cual se detectó una configuración ligamentosa anómala de la cóclea izquierda secundaria a insuficiente número de espinas de Mondini, confirmando el diagnóstico de Displasia de Mondini. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento por dicho servicio, con buena evolución en su desarrollo y lenguaje, por lo que no se requirió implante coclear. Continúa en seguimiento periódico.

### CONCLUSIÓN

Tener la sospecha de esta afectación coclear congénita tanto en pacientes que presenten la sintomatología clásica de hipoacusia neurosensorial, como también aquellos con síntomas de disfunción vestibular.

## MASAS ARTICULARES EN MIEMBROS INFERIORES COMO PRESENTACION DE INFECCION POR BCG DISEMINADA. PRESENTACION DE UN CASO

Bolletta, M.<sup>1</sup>; Barrios R.<sup>2</sup>; Gaspari M.<sup>3</sup>; Cabo M.<sup>4</sup>; Tonetto I.<sup>5</sup>; Sanchez S.<sup>6</sup>  
HIGA PENNA<sup>1 2 3 4 5 6</sup>  
marina\_b88@hotmail.com



### INTRODUCCION

La BCG diseminada es una patología muy poco frecuente. En nuestro paciente, como parte de los diagnósticos diferenciales de la masa se consideraron BCG diseminada, sarcoidosis, enfermedad granulomatosa crónica, enfermedad reumática oligoarticular e histiocitosis. El diagnóstico definitivo se alcanzó mediante la anatomía patológica y microbiología. Nos parece interesante el caso, ya que trata de una enfermedad frecuente en nuestro medio pero con una forma de presentación poco usual.

### OBJETIVOS

Describir el abordaje diagnóstico de BCG diseminada a partir de una tumoración articular de difícil resolución en paciente aparentemente sano.

### DESCRIPCION DEL CASO

Paciente de 13 meses con antecedentes de RNPT 36 semanas, BPEG 2145 gr, RCIU; consulta con cuadro de 7 días de evolución de fiebre en tratamiento con cefalexina por celulitis en tobillo derecho, que agrega impotencia funcional. Presenta tumoración en tobillo derecho, de 1.5 por 2 cm. Con el diagnóstico presuntivo de artritis séptica se realizan cultivos y se medica con clindamicina endovenosa. Se realiza artrocentesis para cultivo. Al quinto día, afebril, persiste impotencia funcional, se realiza RMN donde se diagnostica osteomielitis. Se realiza biopsia quirúrgica informa proceso inflamatorio crónico tipo granulomatoso y se toma muestra para cultivos informe negativo. Se recibe cultivo de punción positivo para Enterobacter Cloacae. Se realiza tratamiento con TMP SMX por 28 días totales. Concorre a control ambulatorio, se evidencia

tumoración, en rodilla izquierda y nuevamente tumoración en tobillo derecho. Se toma muestra de lesión en tobillo para cultivo (negativo) y biopsia: proceso inflamatorio crónico de tipo granulomatoso con necrosis central. Se descartan enfermedad granulomatosa crónica y enfermedad reumática oligoarticular, por presentar anticuerpos negativos, citometría de flujo normal, test de rodamina normal. Se realiza PPD; se informa negativas en niño y madre. Se descarta histiocitosis por anatomía patológica, se comienza estudio para sarcoidosis; dato positivo hipercalcemia. Resto normal. Presenta variaciones en PCR y ERS, ambas elevadas desde la primera internación. Se solicitan serologías HIV, HB, VDRL, Bartonella (IgM) todas negativas. Se reevalúan los tacs de anatomía patológica obteniendo: proceso inflamatorio crónico, tipo granulomatoso y caseiforme con necrosis central. Se realiza estudio para inmunodeficiencia, lavados gástricos buscando TBC pulmonar, nueva placa de tórax, y se toma nueva biopsia y cultivo. Informa tejido central más necrosado, líquido de características caseosas con granulaciones blanquecinas en su interior. Se informa baciloscopia directa primera negativa, segunda y tercera positivas para BAAR una cruz. No requiriendo realización de PCR por verse en baciloscopia directa.

### DISCUSION Y/O CONCLUSION

En conclusión, deberíamos considerar el diagnóstico de TBC a pesar de presentar PPD negativa. En el cultivo se podrá determinar la cepa del micobacterium, y conocer si es o no proveniente de la vacuna.





## PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE HEMORRAGIA CEREBRAL ASOCIADA A TROMBOCITOPENIA EN UNA NIÑA CON LEUCEMIA

RPD  
342

Melnechuk P.<sup>1</sup>; Ledesma J.<sup>2</sup>; Pauluk G.<sup>3</sup>; Mayer M.<sup>4</sup>; Ranalletti M.<sup>5</sup>; Rugilo C.<sup>6</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRIA DR. FERNANDO BARREYRO<sup>1,2,4,5</sup>; HOSPITAL MADARIAGA<sup>3</sup>; HOSPITAL DE PEDIATRIA J. P. GARRAHAN<sup>6</sup>  
<nmelne@yahoo.com.ar>

### INTRODUCCIÓN

Las Hemorragias intracraneales espontáneas (HIE) no traumáticas, ocurren alrededor de 10 a 15 % en todas las causas de Stroke Cerebral. Puede deberse a desordenes hemostáticos como la Trombocitopenia, donde la incidencia es del 2% y su mortalidad de alrededor del 47%. La TAC es el Gold Standard como evaluación inicial. En la bibliografía consultada las descripciones más frecuentes de los mismos fueron áreas simples de hemorragia focal, localizada en el hemisferio izquierdo, seguida del hemisferio derecho y en un bajo porcentaje bilateralmente; sin embargo no hemos encontrado descripciones imagenológicas similares a la presentadas en nuestro caso.

### DESARROLLO

Paciente de 12 años con LLA B con marcador citogenético Ph +, en fase de mantenimiento de su quimioterapia. Se internó en terapia intermedia por recaída con hiperleucocitosis (400.000cel/mm<sup>3</sup>), recibió hiperhidratación y corticoterapia con descenso en los siguientes cinco días a 58.000 leucocitos. Presentó descompensación neurológica, alteración del sensorio, irritabilidad, cefalea y anisocoria, en la TC de cerebro se evidenció imágenes múltiples redondeadas hiperdensas de aproximadamente 55 UH, de 3 a 12 mm de diámetro, con edema perilesional, en todo el parénquima cerebral, cerebeloso y en tronco cerebral línea media conservada. El laboratorio mostró trombocitopenia grave, con 9000 plaquetas. Se realizaron determinaciones serológicas y ADA en LCR, para diagnósticos diferenciales, de HIV, Hongos y TBC, las cuales fueron negativas. Por los hallazgos en TC compatibles con focos de sangrado se realizó RNM cerebral

donde se observaron las lesiones descritas con marcada hipointensidad de señal en secuencia gradiente de Eco y SWI compatibles con producto de la degradación de la hemoglobina. En secuencia T1 algunas de ellas presentan ligera hiperintensidad de señal compatible con meta-hemoglobina. TC sin contraste realizada a los 15 días presenta: lesiones descritas, sin variación del tamaño, y con un descenso significativo de la densidad en 10 a 20 UH, con respecto al estudio previo.

### DISCUSIÓN

Gasparetto et al, describieron HIE en pacientes trombocitopénicos, en las cuales el 68% fueron focales, localizadas en el hemisferio izquierdo 41%, 36% en el derecho y 22% bilateral. La mayoría fueron superficiales 77% y en un 27% profundas. El tamaño vario entre 1,8 y 10,5 cm con predominio parietal sobre las demás. En nuestro caso se hallaron lesiones menores de 12 mm con distribución pancerebral, asociado a edema perilesional. Esto dificultó su interpretación por lo infrecuente de su presentación. Fue de ayuda diagnóstica la correlación imagenológica en la evolución de lo observado en TAC de seguimiento, como comportamiento de hemorragia, descrito en el trabajo de Galvez y cols., observando caída de la densidad de las lesiones de 1,5 UH día, con lo cual evidenciaba la naturaleza de las mismas.

### CONCLUSIÓN

La trombocitopenia con recuento menor de 20000 plaquetas conlleva a un elevado riesgo de HIE, que se manifiesta habitualmente como hematomas intraparenquimatosos focales, resaltamos la posibilidad de encontrar un patrón petequeal de distribución pancerebral.

## ACERCA DE UN CASO DE TROMBOCITOPENIA SEVERA ASOCIADA A INFECCIÓN AGUDA POR EPSTEIN BARR

RPD  
344

Orden T.<sup>1</sup>; Navarri J.<sup>2</sup>; Lagrotta P.<sup>3</sup>; Giudice I.<sup>4</sup>

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4</sup>  
tatianaorden@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

En el niño inmunocompetente, la infección primaria por el virus de Epstein-Barr (VEB) es habitualmente asintomática. Se han publicado numerosos casos asociados con trombocitopenia pero son escasos los recuentos <10000/mL. La "Púrpura Trombocitopénica Inmune" (PTI) o "Trombocitopenia Inmune" (TPI) se caracteriza por trombocitopenia (<100000/mL) aislada inmunomediada. Incidencia de 1,9 a 6,4 casos/100000 per/año en niños. Precedida de infecciones en el 60-80% de los casos. Es fundamental su reconocimiento y diagnóstico para el seguimiento clínico y tratamiento.

### OBJETIVO

Reportar el caso de una paciente con trombocitopenia severa asociada a infección aguda por Virus Epstein Barr y realizar una revisión del tratamiento.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, sin antecedentes personales de relevancia. Presenta cuadro clínico de 12 horas de evolución, caracterizado por la presencia de petequias diseminadas y hematomas en miembros, cara y tronco. En buen estado general, afebril, sin otras manifestaciones al examen físico. Refiere cuadro gripal 2 semanas previas a la consulta resuelto. Se realiza laboratorio: GB 7600/mL (PMN50%- MNN50%), Hg 13.5 g/dL, Hto 39.3%, plaquetas (plaq) 10000/mL, PCR 0.1 mg/dL, coagulograma normal, y se toman muestras para frotis de sangre periférica (FSP), serologías, proteinograma, C3-C4, FAN y anticuerpos de celiacía. Se indica gammaglobulina 1g/k/día EV por 2 días. Inicia seguimiento por médicos de hematología. El FSP informa 20% monocitos sin leucocitosis y plaq

10000/mL. A las 24 hs presenta epistaxis severa que requiere taponamiento posterior. Se recibe resultado de serologías: VEB VCA IgM positivo, VCA IgG 1/640 y ELISA de VEB NA positivo (resto de laboratorio normal/negativo). Se realiza nuevo FSP al finalizar el tratamiento que informa plaq 34000/mL. Evolucionan con mejoría clínica, no repite sangrados. Se otorga el egreso hospitalario con indicación de seguimiento por hematología.

### CONCLUSIÓN

La infección por VEB se cita frecuentemente como causa de PTI en niños. Nuestro paciente no presentaba manifestaciones clínicas evidentes de infección por VEB. Este agente se describe como factor de riesgo para la resistencia al tratamiento, evolución grave, complicaciones hemorrágicas y la muerte en niños y adultos con PTI. Al ingreso de un paciente con PTI de reciente diagnóstico con recuento de plaq 20000/mL y/o hemorragia activa y/o factores de riesgos se iniciara tratamiento con gammaglobulina o corticoides o Anti D (paciente Rh +). Estos tratamientos ofrecen un aumento transitorio en el recuento de plaquetas pero no han demostrado cambiar el curso de la enfermedad o prevenir la morbi-mortalidad de la PTI. En los casos asociados a virus, la gammaglobulina EV es de elección. Faltan estudios para definir el tratamiento más adecuado para la PTI ya que hasta ahora no existen medicamentos que actúen sobre el mecanismo primario de la enfermedad. Nuestro paciente, con valores de plaq ≥30000/mL (pero 1 a 100000/mL) con un aumento >2 veces del valor inicial y ausencia de hemorragia, se considera de respuesta "no completa". Se requerirá un seguimiento estricto a largo plazo.





## DENGUE EN UN HOSPITAL DE C.A.B.A., A PROPÓSITO DE UN CASO

Vaca E.<sup>1</sup>; Alvarado M.<sup>2</sup>; Bande A.<sup>3</sup>; Ortiz G.<sup>4</sup>; Luppi G.<sup>5</sup>; Abramovich N.<sup>6</sup>; Julian R.<sup>7</sup>

HOSPITAL DE CLINICAS<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>  
<emilymuu@hotmail.com>



### INTRODUCCIÓN

Hacia la semana epidemiológica nº 16, en Argentina se notificaron más de 60 mil casos con sospecha de dengue, siendo 30.743 casos autóctonos probables o confirmados. La definición según la OMS se caracteriza por su alta sensibilidad y escasa especificidad que puede llevar a orientación diagnóstica errónea. Lo clasifica en Dengue clásico (más frecuente) y Dengue grave. El período de incubación varía de 3 a 14 días (promedio 5-8 días). El Dengue clásico se caracteriza por cuadro febril agudo hasta 7 días de duración ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), sin síntomas respiratorios ni otra etiología definida, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas: cefalea, dolor retro-ocular, mialgias, artralgias, exantema pruriginoso que se inicia en tronco y se extiende a extremidades con vitropresión positiva y afectación palmo-plantar. El principal factor de riesgo es habitar o visitar una región o país con presencia del vector y circulación del virus los últimos 15 días previos al inicio de los síntomas. Distinguirlo tempranamente dentro de otras causas de síndrome febril agudo, no es sencillo, lo que hace difícil su manejo inicial.

### OBJETIVO

Reportar un caso de Dengue en un hospital de C.A.B.A.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 6 años, sexo masculino, con antecedente de Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). Comenzó 7 días previos con registros febriles asociado a artralgias y exantema en palmas y plantas. A su ingreso exantema generalizado, edema de manos y pies, inyección conjuntival, queilitis y lesiones secundarias a picaduras de insectos en miembros inferiores. Por sospecha de Síndrome de Kawasaki se realizó hemograma (GB 4830 N25, L35, plaquetas 88.000), hepatograma (GPT 91, GOT 275, BT 0.4, BD 0.2, FAL 128), sedimento urinario (leucocitos 10-20/cpo), urocultivo (negativo), ecocardiograma (normal) y serologías para EBV, CMV, HIV, HBV, HCV, Chlamydia, Mycoplasma, PCR para dengue (negativa). Recibió Cefalexina (3 días). Fue evaluado por el Servicio de Infectología quienes solicitaron serologías para Parvovirus, Herpes 6, IgG e IgM para Dengue (IgM positiva). Se realizaron laboratorios control con descenso de enzimas hepáticas.

### CONCLUSIÓN

Identificar tempranamente casos de dengue puede dificultarse por la inespecificidad de la clínica. Se ha propuesto una escala de puntuación de manifestaciones clínicas para permitir una aproximación al diagnóstico de dengue con mayor exactitud a la obtenida con la aplicación de los criterios de la OMS. La leucopenia y plaquetopenia serían los indicadores más específicos y el exantema una de las manifestaciones clínicas más frecuentes.

## EXPERIENCIA EN HIDATIDOSIS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE SANTIAGO DEL ESTERO (2011-2016)

Cantos Caumo M.<sup>1</sup>; Corona R.<sup>2</sup>; Jimenez C.<sup>3</sup>; Bermejo N.<sup>4</sup>

CEPSI EVA PERON<sup>1 2 3 4</sup>  
elvis\_c40@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis humana es una zoonosis parasitaria, causada por el Echinococcus granulosus presente en alimentos contaminados con heces de perro, produciendo una parasitación hepática, pulmonar o en otros órganos. Debe ser considerada grave, por las complicaciones evolutivas y la compleja terapéutica que puede requerir.

### OBJETIVO

Revisar la experiencia del Hospital CePSI Eva Perón en hidatidosis desde enero de 2011 a junio de 2016 identificando formas de presentación clínica, métodos diagnósticos, evolución y tratamiento.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de niños hospitalizados con sospecha de hidatidosis entre enero 2011 a junio 2016. Variable: edad, sexo, procedencia, motivo de consulta (MC), método diagnóstico, localización y tamaño del quiste, evolución y tratamiento. Se excluyeron aquellos con historial incompleto.

Criterios diagnósticos utilizados:

- Clínicos: síntomas al momento de consulta.
- Laboratorio: eosinofilia, serología.
- Imagenológicos: Rx de tórax, ecografía y TAC.

### RESULTADOS

Se estudiaron 19 pacientes entre 3 y 14 años (promedio 9.4 años), 13 (68%) masculinos, 11 (57%) procedentes del sur de la provincia. MC: dolor abdominal 6 (32%), tumoración abdominal 3 (16%), vómitos 4 (22%), dolor torácico y tos 2 (10%), disnea 2 (10%), hemoptisis 1 (5%), ictericia 1 (5%). 10 (52%) tuvieron serologías positivas, 4 (21%) eosinofilia. En 13 (68%) se realizaron ecografías abdominales, 6 (32%) Rx de tórax como primer método imagenológico confirmatorio.

Localización del quiste: 11 (58%) hígado (37% única, 63% diseminados), 8 (42%) pulmón; resultando 9 (47%) quistes únicos y 11 (63%) múltiples. Volumen entre 74 a 120 mm (promedio 94 mm) siendo en la localización hepática los de mayor tamaño.

5 (26%) recibieron tratamiento con albendazol exclusivo, en 12 (63%) se procedió a quistectomía. Evolución: 17 (89%) vivos, 2 (10%) fallecidos por complicaciones del quiste y sepsis, respectivamente, 2 recidivaron.

### DISCUSIÓN

La conducta quirúrgica fue la más frecuente brindando una cura definitiva; aunque la baja tasa de seguimiento no permitió establecer comparaciones con el grupo de pacientes que recibieron tratamiento médico. Los síntomas y signos son inespecíficos. Sin embargo, la presencia de imágenes de aspecto quístico, asociado a factores de riesgo permitió un 85% de acierto al momento de la internación. La TAC identificó otras lesiones no sospechadas. Los métodos serológicos tuvieron alta especificidad pero baja sensibilidad.



## SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFAGICA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LA ARTRITIS IDIOPATICA JUVENIL. A PROPÓSITO DE 1 CASO

RPD  
349

Rubiños M.<sup>1</sup>; Cascon V.<sup>2</sup>; Nani V.<sup>3</sup>; Rebollo M.<sup>4</sup>; Angelletti M.<sup>5</sup>; Navia M.<sup>6</sup>; Paladino M.<sup>7</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

MAYRARUBINOS@HOTMAIL.COM

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una enfermedad poco frecuente, potencialmente fatal, ocasionada por una excesiva activación y proliferación de macrófagos y linfocitos T con la consecuente sobreproducción y liberación de citoquinas. Su etiología es desconocida, pudiendo ser una complicación grave de las enfermedades reumáticas infantiles, entre ellas la artritis idiopática juvenil (AIJ).

### OBJETIVO

Presentar el caso clínico de una paciente con AIJ que debuto con SAM.

### CASO CLÍNICO

Sexo femenino, 13 meses, previamente sana; consulta por fiebre de un mes de evolución asociado a catarro de vías aéreas superior, malestar y decaimiento. Presentó rash generalizado intermitente y descamación de palmas y plantas. Evolucionó con poliadenopatias, esplenomegalia y bicitopenia. A su ingreso se valoró paciente en regular estado general, febril, agudamente enferma. Al examen físico se constata: palidez cutáneo mucosa generalizada; poliadenopatias; abdomen distendido a expensas de visceromegalia (esplenomegalia) sin otro hallazgo patológico. Con sospecha de enfermedad oncológica se realiza punción aspiración de medula ósea (PAMO) que describe celularidad conservada con imágenes de hemofagocitosis. Con dicho hallazgo se amplían estudios evidenciando hiperferritinemia, hipertrigliceridemia, e hipofibrinogenemia. Con laboratorio, clínica compatible y PAMO

patológica se asume diagnóstico de Linfocitosis Hemofagocítica (HLH) iniciando tratamiento con Dexametasona y Ciclosporina. Inicia estudios de HLH, sin evidencia de etiología secundaria. El día 49 de internación se constata artritis de ambas rodillas y tobillos a predominio derecho; limitación a la hiperextensión de ambas rodillas y flexoextensión de tobillos. Asimismo reaparece un rash eritematoso, micropapular, predominante en tronco y miembros inferiores, presente ante registros febriles. Se asume AIJ como diagnóstico etiológico, entendiendo al SAM como proceso secundario a enfermedad reumatológica. Se ajusta medicación de base de acuerdo a entidad clínica. Inicia tratamiento con antagonista de L-1 (Anakinra) con respuesta clínica y de laboratorio favorable.

### CONCLUSIÓN

El SAM y la AIJ son entidades asociadas. La PAMO resultado fundamental en lo que respecta a orientación diagnóstica inicial de HLH. Sin embargo, la ausencia de clínica compatible al ingreso estableció un retraso en el diagnóstico de AIJ.

## ENDOCARDITIS, ABSCESOS CEREBRALES MÚLTIPLES Y BACTERIEMIA PERSISTENTE POR SAMR ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD EN PACIENTE SIN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
350

Fusoni M.<sup>1</sup>; Miauro J.<sup>2</sup>; Vela M.<sup>3</sup>; Rodriguez J.<sup>4</sup>; Rivello G.<sup>5</sup>; Selandari J.<sup>6</sup>

SANATORIO GUEMES<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

flor\_fusoni@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La endocarditis infecciosa (EI) es una infección que afecta al endocardio, principalmente a las válvulas cardíacas, generalmente en lesiones preexistentes de cardiopatía reumática o congénita pero también en endocardio sano, incluso en ausencia de factores de riesgo como drogadicción intravenosa o presencia de catéteres venosos. Sólo un 8-10 % de los casos son en válvula nativa sin cardiopatía subyacente.

S. Aureus ha sido el agente más relevante y con mayor incidencia de complicaciones neurológicas (39%) y de necesidad de tratamiento quirúrgico.

### OBJETIVOS

- Reportar un caso de EI abscesos cerebrales múltiples y bacteriemia persistente por SAMR adquirido en la comunidad en paciente sin cardiopatía estructural ni otros factores de riesgo.
- Revisar las estrategias antibióticas y oportunidad quirúrgica de la EI complicada con bacteriemia persistente y abscesos cerebrales.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años, consulta por fiebre persistente de 14 días de evolución, asociado a mialgias y artralgias. Al examen físico: regular estado general con fascies dolorosa y febril.

En el laboratorio se halla plaquetopenia y leucocitosis, por sospecha de dengue se realiza PCR específica (negativa). Se hemocultiva (HMC) por 2 e inicia tratamiento con ceftriaxona.

A las 48 hrs. se informa SAMR en ambos HMC, rotándose a vancomicina + trimetoprima sulfametoxazol (TMS). Se evalúan focos profundos, evidenciándose en el ecocardiograma vegetaciones en válvula mitral, función ventricular normal. Por presentar cefalea intensa, tendencia al sueño, fotofobia e hipertensión arterial, se realiza RMN de cerebro que evidencia múltiples abscesos cerebrales.

El paciente evoluciona tópidamente, fiebre y bacteriemia persistente, por lo cual se decide suspender vancomicina y comenzar con daptomicina (por miopatía aguda luego reemplazada por linezolid), rifampicina y TMS, desapareciendo la fiebre y negativizando hemocultivos.

Sin embargo recae intratratamiento con bacteriemia clínica, múltiples episodios de émbolos sépticos diseminados y progresión de la insuficiencia mitral, lo que motiva cirugía cardiovascular de reemplazo con válvula protésica. En el PQ presentó bajo gasto cardíaco agudo y luego subagudo y derrame pericárdico de resolución quirúrgica. Egres a los 86 días de internación.

### CONCLUSIÓN

Endocarditis infecciosa en corazón sano y sin factores de riesgo requiere alta sospecha diagnóstica y cuando es complicada como en este caso demanda substancial trabajo interdisciplinario



## INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

Shaieb A.<sup>1</sup>; Schutemberg V.<sup>2</sup>; Rey V.<sup>3</sup>; Pereyra P.<sup>4</sup>; Ruiz C.<sup>5</sup>; Bibiloni P.<sup>6</sup>; Taffi C.<sup>7</sup>

HIAEP<sup>1 2 3 4 5 6 7</sup>

shaguzurdo@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La frecuencia y diversidad de las infecciones fúngicas invasivas ha cambiado en las últimas décadas, siendo la fusariosis comunicada con mayor frecuencia en pacientes inmunosuprimidos.

### OBJETIVOS

Descripción clínica, analítica e imagenológica de una fusariosis diseminada en un paciente con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA).

### CASO CLÍNICO

Varón de 14 años, con diagnóstico de LLA, portador de un acceso venoso central (AVC) parcialmente implantable. Recibe bloque de quimioterapia con altas dosis de medicación mielosupresora y a la semana presenta un episodio de neutropenia febril, motivo por el cual se interna. Al examen físico: regular estado general, conectado, normoperfundido y febril; no presenta un foco infeccioso aparente. Extendido periférico GB 2.900 x mm<sup>3</sup> (N 3%/L75%), hematocrito 25%, plaquetas 5.000 x mm<sup>3</sup> (recibe transfusión). Se decide policultivar y se medica con piperacilina tazobactam, con buena respuesta. A las 48 horas informan HC central y periférico positivo a *Klebsiella pneumoniae*, se cierra el AVC y se solicita su extracción, continuando antibioticoterapia por vía sistémica.

Al quinto día de internación reaparece la fiebre, se realiza búsqueda de focos profundos: ecocardiograma, ecografía abdominal y fondo de ojo normales; y se solicitan nuevos hemocultivos y urocultivo, rotando la medicación a meropenem y vancomicina. En las próximas 48 horas, el paciente se recupera de la neutropenia

pero continúa febril. Destaca la aparición de lesiones maculopapulares dolorosas en miembros superiores e inferiores que, evolucionan a nódulos subcutáneos, los cuales son biopsiados. Inicia anfotericina B liposomal y se recibe resultado de HC y biopsia de nódulos que, informan hongo filamentosos, compatible con *fusarium* spp. Se constata en tomografía computada imágenes correspondientes a micosis angioinvasiva, y lesiones cavitadas. Cumplió tratamiento prolongado con antifúngicos, con buena evolución.

### CONCLUSIÓN

Los pacientes pueden estratificarse en bajo o alto riesgo de infecciones fúngicas invasivas según 1) la enfermedad de base (leucemia mieloblástica aguda y recaída de LLA) y 2) su condición clínica (neutropenia profunda y prolongada, mucositis, AVC, corticoterapia y PCR elevada al cuarto día). Ante un episodio de neutropenia febril que persiste o recrudescer a las 96 horas de evolución debe sospecharse una infección fúngica invasiva, teniendo en cuenta que un tratamiento precoz y agresivo es fundamental para su supervivencia.

## CAUSA NO HABITUAL DE ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO EN PEDIATRIA: A PROPOSITO DE UN CASO

Gonzalez C.<sup>1</sup>; Carlino D.<sup>2</sup>; Pisapia N.<sup>3</sup>; Ricagorria C.<sup>4</sup>; Christeler V.<sup>5</sup>

HIGA VICENTE LOPEZ Y PLANES<sup>1 2 3 4 5</sup>

gonzalezcasandra@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La torsión ovárica pediátrica es una causa infrecuente de dolor abdominal agudo en las niñas. Se estima que es responsable por el 3% de todos los casos de dolor abdominal agudo en las mujeres. Es una emergencia que obliga a un diagnóstico temprano y a una exploración quirúrgica y detorsión a tiempo, para evitar las consecuencias de una injuria anexial. Dado que los signos y síntomas pueden imitar otras condiciones abdominales agudas, el diagnóstico preoperatorio permanece a menudo como un desafío para los médicos. Ningún hallazgo aislado de laboratorio es consistentemente sugestivo de torsión. La ecografía es la modalidad de diagnóstico inicial más útil, pero la ausencia de flujo en la imagen Doppler no está siempre presente.

### OBJETIVO

Describir un paciente con abdomen agudo quirúrgico de origen no habitual.

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo con revisión de historia clínica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niña de 6 años, que consulta por presentar dolor abdominal de 48 hs de evolución, tipo cólico, en hemiabdomen inferior, no migrante, asociado a dos episodios de vómitos. Afebril.

Examen físico: se constata abdomen depresible, doloroso a la palpación profunda, que focaliza en FID, con RHA disminuidos y sin defensa.

Laboratorio de ingreso GB13300 (81/13) Hb 13,2 Plaquetas 437000. Orina completa normal. Ecografía de abdomen donde no se evidencia patología. Evaluada por servicio de cirugía se decide observación evolutiva de la paciente, con empeoramiento clínico del cuadro se repite el laboratorio GB 23300( 85/7) hto 36.8% Plaquetas 486000, ingresa a la 24 hs de la consulta a quirófano con sospecha de apendicitis aguda.

Foja quirúrgica " se ingresa a cavidad abdominal se identifica peritonitis localizada, ovario derecho aumentado de tamaño secundario a torsión del mismo se realiza ooforectomía derecha junto a servicio de ginecología. La paciente cumple el POP en sala de internación por 3 días, sin presentar complicaciones, recibe antibioticoterapia, con buena evolución clínica. Se otorga egreso hospitalario, seguimiento ambulatorio.

### CONCLUSIÓN

A pesar de no ser una causa frecuente debemos pensar en la torsión de ovario como diagnóstico diferencial ante la presencia de abdomen agudo quirúrgico en niñas y adolescentes.



## HIPERCALCEMIA ASOCIADA A TUBERCULOSIS MILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
354

Ledo G.<sup>1</sup>; Harris V.<sup>2</sup>; Rubiños M.<sup>3</sup>; Artese D.<sup>4</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

guillermoledo@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Se define a la hipercalcemia como una concentración de calcio sérico mayor a 10.5 mg/dl. Suele ser una entidad subclínica por lo que es habitual su diagnóstico a partir de un estudio de laboratorio solicitado de rutina o por alguna otra patología. Se describen como principales etiologías la iatrogenia seguida del compromiso de glándulas paratiroides, enfermedades malignas y granulomatosas. La tuberculosis (TBC) continúa siendo una enfermedad prevalente en nuestro país. La forma de manifestación más frecuente en el período neonatal es la miliar. Entre los hallazgos de laboratorio de esta entidad esta descrita la hipercalcemia.

### OBJETIVO

Describir un caso clínico de TBC miliar e hipercalcemia como entidades asociadas.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 3 meses de edad RNT/PAEG, nacido por cesárea por oligoamnios y preeclampsia materna. Presentó internación a los 2 meses por Neumonía atípica por lo que recibió macrólidos por 15 días. Finalizado el tratamiento concurre a nuestra institución refiriendo astenia, regular progreso de peso, pérdida de pautas madurativas y registro subfebril decidiéndose su internación. Al ingreso se constata hipercalcemia (15.2 mg/dl), radiografía de tórax con infiltrado micronodulillar bilateral, ecografía cerebral con imagen pequeña y redondeada en tálamo

izquierdo, y abdominal donde se evidencia hepatoesplenomegalia a expensas de múltiples imágenes pequeñas y redondeadas hipoeoicas. Se hemocultiva x 2 para gérmenes comunes y mycobacterias, y se inician medidas de sostén para corregir alteraciones electrolíticas. Se continúan estudios: Lavados gástricos, Fondo de ojo observándose en ojo derecho dos granulomas, tomografía de cerebro que confirma leptomeningitis y análisis de LCR con hipoglucoorraquia e hiperproteinoorraquia. Por alta sospecha de TBC miliar se comienza tratamiento antituberculoso con Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol más metilprednisona. Luego de 21 días los cultivos resultan positivos para Mycobacterium Tuberculosis confirmando la sospecha diagnóstica. Normaliza la calcemia durante la primera semana con medidas de hiperhidratación y furosemida.

### CONCLUSIÓN

El hallazgo de hipercalcemia en el caso clínico presentado resultó fundamental en la orientación diagnóstica, estableciendo una asociación probable con TBC, para la rápida instauración del tratamiento antituberculoso.

## TOXOPLASMOSIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) EN NIÑO INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
356

Mousten B.<sup>1</sup>; Eilert M.<sup>2</sup>; Androszczuk J.<sup>3</sup>; Moreno L.<sup>4</sup>; Gonzalez Cantillo M.<sup>5</sup>; Gaiano A.<sup>6</sup>

HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE SAN ISIDRO DR CARLOS GIANANTONIO<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

barbaramousten@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Toxoplasma gondii es un parásito intracelular que se adquiere por ingesta de alimentos contaminados. La toxoplasmosis en SNC resulta excepcional en inmunocompetentes, siendo frecuente su presentación como enfermedad oportunista en inmunosuprimidos. Es perentorio descartar inmunodeficiencia en un paciente con toxoplasmosis en SNC.

### OBJETIVO

Describir la forma de presentación y diagnóstico de la toxoplasmosis de SNC en un niño inmunocompetente.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 2 años 11 meses, sin antecedentes patológicos de relevancia, convive con gato; madre controles serológicos para toxoplasmosis positivos en embarazos previos asumidos como infección pasada. Ingresó con politraumatismo por caída de altura, con Glasgow 12/15. Se realiza tomografía de encéfalo, constatándose fractura de techo de órbita derecha e imagen hipodensa en fosa posterior con dilatación ventricular. Permanece internado con vómitos, cefalea y ataxia durante 20 días y persistencia de la lesión en fosa posterior. Se decide exéresis de masa ocupante. Recibe tratamiento antibiótico con vancomicina, ceftriaxone y metronidazol asumiéndose como absceso cerebral bacteriano. Serologías: ELISA HIV negativo, EBV y CMV negativos, toxoplasmosis IgM: negativo, IgG: positivo 280 UI/ml. TBC (PPD negativa, BAAR en líquido

cefalorraquideo negativo), serología toxocara y cisticercosis: negativa, PCR Bartonella henselae negativo. Fondo de ojo normal. Proteinograma normal. Anatomía patológica: infiltrado inflamatorio, no tumoral. PCR de biopsia cerebral positiva para toxoplasmosis, inicia tratamiento con Pirimetamina, Sulfadiazina y Acido fólico, otorgándose egreso hospitalario a los 70 días del ingreso, con franca mejoría clínica. Reingresa al mes por exantema, fiebre, ictericia, eosinofilia y compromiso hepático con Síndrome de DRESS.

### DISCUSIÓN

Si bien, la mayoría de los abscesos cerebrales en niños inmunocompetentes son de etiología bacteriana, hay un porcentaje sustancial en los cuales no se obtiene al agente causal. La utilización de las técnicas de PCR ofrece la oportunidad de aumentar el rendimiento diagnóstico, sobre todo en infecciones graves. La realización oportuna de la exéresis de la masa en fosa posterior y el estudio molecular en el tejido permitió el diagnóstico temprano de toxoplasmosis en SNC.





## DENGUE EN UN HOSPITAL PEDIATRICO: REVISIÓN DE 46 CASOS

Morales N.<sup>1</sup>; Degado M.<sup>2</sup>; Argiró M.<sup>3</sup>; Berengeno N.<sup>4</sup>; Gonzalez F.<sup>5</sup>; Paganini A.<sup>6</sup>; Vacarezza S.<sup>7</sup>; Dondoglio P.<sup>8</sup>; Cancellara A.<sup>9</sup>; Tantera S.<sup>10</sup>; Fariña M.<sup>11</sup>; Sbruzzi A.<sup>12</sup>; Lieste M.<sup>13</sup>; Rodriguez G.<sup>14</sup>; Garcia S.<sup>15</sup>; Diaz Marotte F.<sup>16</sup>; Montiel V.<sup>17</sup>; Sosa R.<sup>18</sup>

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18</sup>

iva\_morales@yahoo.com.ar

### INTRODUCCIÓN

El Dengue es una enfermedad producida por un Flavivirus, transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*. Se presenta en forma asintomática en un alto porcentaje, cerca del 20% puede presentar síndrome febril agudo y de estos 15% evolucionar a dengue grave. El norte Argentino presenta zonas endémicas, con casos esporádicos fuera de dicha región. Desde 1998 se reportan brotes en nuestro país, el último en 2009. Ninguno afectó a la Ciudad de Buenos Aires (CABA) y sus alrededores como el actual. A fines de 2015 y principios de 2016 se produjo un aumento de casos en Brasil, Bolivia y Paraguay, con incremento de casos autóctonos en nuestro país. En las primeras semanas epidemiológicas de 2016 se notificaron 19.451 casos sospechosos de dengue, 7.969 fueron confirmados o probables autóctonos. No se registraron viajes fuera del área metropolitana en la mitad de los casos. El serotipo implicado en el brote actual en CABA y provincia de Buenos Aires (BA) es el 1.

### OBJETIVOS

Describir características de una población asistida en internación en un hospital pediátrico de alta complejidad, con diagnóstico confirmado o probable de dengue.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, realizado a través de la revisión de historias clínicas de pacientes internados en el período enero-mayo de 2016. Se registraron datos demográficos, clínicos, de laboratorio y evolución de pacientes con diagnóstico de dengue confirmado o probable. Los mismos se volcaron en una ficha diseñada para tal fin.

### RESULTADOS

Se incluyeron 46 pacientes. Un 33% con residencia en CABA y 67% en provincia de BA. La relación hombre:mujer fue 0,9. La mediana de edad fue 13 años (2-17). Presentaron: fiebre (100%), dolor abdominal (67%), cefalea (69%), rash (59%), (mialgias (59%), vómitos (48%) y sangrado (54%), artralgias (30%). La mediana de duración de la fiebre fue 4 días (1-16) y de aparición de rash desde el inicio del cuadro 4 días (1-13). Tuvieron leucopenia el 96%: mediana 2300 glóbulos blancos/ml (GB/ml), (rango 1000- 4000). La mediana de duración fue 13 días (3-16 días). El 80% presentó plaquetopenia, mediana 64.500 plaquetas/ml, mediana de duración de 3,5 días (1-16). Promedio de días de internación 3,41 días (1-11). El diagnóstico etiológico mediante Antígeno NS1 e IgM. Según categorización se los clasificó como: dengue sin signos de alarma y sin comorbilidad, con comorbilidad y sin signos de alarma, con signos de alarma. Hubo 1 caso de dengue grave, 0 fallecidos.

### CONCLUSIONES

Por primera vez en la historia de nuestro hospital (236 años) se asistieron 46 pacientes con Dengue confirmado o posible. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre, cefalea, dolor abdominal, mialgias y rash. Un gran porcentaje presentó leucopenia, trombocitopenia y aumento de transaminasas. No hubo óbitos, esto se relaciona con la circulación de un solo serotipo. Es de esperar en un futuro cercano la circulación de otros serotipos, que pueden llevar a formas graves en los portadores de anticuerpos de esta epidemia. Creemos que nuestra experiencia aporta a la comunidad un alerta para futuras epidemias y realizar así un manejo científico y unificados.



## MICROANGIOPATIA TROMBOTICA EN PEDIATRIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Raggio M.<sup>1</sup>; Moschen A.<sup>2</sup>; Mastroeni N.<sup>3</sup>; Ottino M.<sup>4</sup>; Lavitola M.<sup>5</sup>; Landa P.<sup>6</sup>

HOSPITAL DURAND<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

soledadraggio@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Las microangiopatías trombóticas (MAT) sistémicas componen un grupo heterogéneo de entidades que se caracterizan por trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática, y compromiso renal o del sistema nervioso central (SNC). Las dos entidades más representativas son el síndrome urémico hemolítico (SUH), cuyo órgano de impacto preponderante es el riñón y afecta a niños pequeños, y la púrpura trombocitopenia trombótica (PTT) que se caracteriza por compromiso neurológico, y se presenta con más frecuencia en el adulto. El SUH atípico es un subtipo de SUH en el que el fenómeno de MAT es consecuencia de la pérdida de regulación de la vía alternativa del complemento sobre las superficies celulares de causa genética. La PTT se vincula con el déficit de actividad de la metaloproteasa ADAMTS13. El tratamiento de elección consiste en la instauración precoz de plasmaféresis y hemodiálisis.

### OBJETIVOS

Describir un caso de MAT sistémica diagnosticado en la Sala de Pediatría, destacando por la clínica y laboratorio dos entidades: SUH atípico y PTT.

### MATERIAL Y MÉTODOS

A propósito de un caso.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años previamente sano es internado en sala de pediatría por síndrome disintérico de 72 hs de evolución. Dentro de las primeras 48 hs se constata oligoanuria, desorientación témporo-espacial y convulsión tónico-clónica generalizada acompañado de hematuria microscópica,

anemia (Hb 7g/dl, Hto 21%), plaquetopenia (35.000 mm<sup>3</sup>), insuficiencia renal aguda (urea 230 mg/dl, creatinina 4,06 mg/dl), leucocitosis (GB 47.720 k/u) y LDH de 2056. Se realiza frotis de sangre periférica presentando anisopoiquilitosis y esquistocitos y tomografía computada de cerebro normal. Por encontrarse cursando shock séptico, insuficiencia renal aguda y anemia hemolítica se decide administrar empíricamente antibioticoterapia endovenosa y se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos donde se realiza sostén con plasmaféresis y hemodiálisis. Se rescata Rotavirus en materia fecal como único foco infeccioso. Se dosan anticuerpos IgG Anti Adamts 13 negativos y actividad de Adamts 13 normal.

Presenta buena evolución clínica, función renal normal y parálisis facial derecha más debilidad muscular de hemicuerpo izquierdo y alteración en la deglución de líquidos. Actualmente continúa seguimiento por hospital de día pediátrico con mejoría de la secuela.

### CONCLUSIÓN

En los últimos años se ha observado que la presentación clínica de ambas entidades es compartida y que cada uno de los signos o síntomas pueden presentarse de forma asincrónica, lo que dificulta el diagnóstico diferencial entre ambas entidades. Pudiéndose diferenciar a través de exámenes moleculares, como ADAMTS13.





## SINDROME DE MAURIAC... A PROPOSITO DE UN CASO

Corona R.<sup>1</sup>; Jimenez C.<sup>2</sup>; Luna C.<sup>3</sup>; Bruno A.<sup>4</sup>; Iñiguez Saad A.<sup>5</sup>; Trejo Juarez C.<sup>6</sup>

CEPSI EVA PERÓN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

rominacorona@gmail.com

RPD  
359

### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mauriac se describe en diabéticos tipo 1 con mal control metabólico, caracterizado por hepatomegalia, elevación de las transaminasas, rasgos cushingoides y retraso puberal, que pueden ser reversibles con un buen control glucémico.

### OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente con síndrome de Mauriac.

### DESCRIPCIÓN

Paciente femenina de 14 años de edad, diagnóstico de DM a los 6 años de vida. Múltiples internaciones por CAD. Controles domiciliarios subóptimos sin acudir a las consultas. Familia disgregada con padre sobreprotector. No escolarizada. Peso 31.300 Kg (Z -2.8), talla 1.44 cm (Z -2.04), IMC 15.1. Examen físico: hábito cushingoides con cara de luna llena, adiposidad de distribución central, miembros afinados, edematizados; abdomen globuloso con aumento del pániculo adiposo y hepatomegalia; limitación en flexión de articulaciones metacarpofalángicas. Neuropatía periférica sensitivomotora mixta. Subdesarrollo de caracteres sexuales: Tanner M2, VP2. Tratada con Lantus 33 UI e insulina corriente. Laboratorio: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, transaminasas aumentadas, hipoproteinemia; HbA1c 15%; perfil tiroideo normal, aTPO y aTG negativos; FSH 2 mUI/ml, LH 0.7 mUI/ml. Ecografía abdominal: hepatomegalia. Ecografía ginecológica: útero prepuberal. Edad ósea 12 años.

Servicio de Ginecología indica estrógenos hasta proliferación del endometrio continuando con progesterona.

Cuatro meses posteriores de seguimiento continuo por equipo multidisciplinario, presenta valores de glucemia en rango aceptable, normalización de hepatograma, incremento de peso y menarca.

### CONCLUSIÓN

El síndrome de Mauriac es el resultado final del grave compromiso metabólico sostenido en el tiempo. El adecuado control metabólico basado en los cuatro pilares, el apoyo familiar y la situación socioeconómica son imprescindibles para comprender y ejecutar las pautas del autocuidado que esta enfermedad exige, haciendo hincapié en la adolescencia. Detectar los factores de riesgo contribuye a prevenir el síndrome.

## SINDROME DE DRESS. A PROPOSITO DE UN CASO

Marcangeli V.<sup>1</sup>; Vaca E.<sup>2</sup>; Bande A.<sup>3</sup>; Abramovich N.<sup>4</sup>

HOSPITAL DE CLÍNICAS<sup>1,2,3,4</sup>

vale\_marcangeli@hotmail.com

RPD  
360

### INTRODUCCIÓN

El síndrome DRESS (Reacción a Drogas con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos) es una toxicodermia severa idiosincrática a un fármaco. Presenta una incidencia de 1/5000 pacientes. Suele manifestarse entre 1-8 semanas después de su primera exposición. Se caracteriza por fiebre, exantema, adenopatías, alteraciones hematológicas y compromiso sistémico. En 1996 Bocquet y col., propusieron el acrónimo DRESS para denominar las reacciones severas por hipersensibilidad. Las lesiones cutáneas comienzan con edema facial y exantema en parte superior de tronco, que luego se generaliza. El grado de compromiso cutáneo no refleja el grado de compromiso sistémico. Los factores de riesgo más frecuentes son las inmunodeficiencias primarias o adquiridas y las neoplasias. La suspensión inmediata del fármaco y los corticoides sistémicos constituyen el tratamiento de elección.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico de una entidad poco frecuente en Pediatría.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años, sexo masculino, con insuficiencia de válvula pulmonar severa secundaria a corrección quirúrgica de Tetralogía de Fallot. En Dic/2015 presentó adenitis abscedada inguinal izquierda. Inició tratamiento con Clindamicina y Ceftriaxona, continuando luego con Ciprofloxacina y Trimetoprima/Sulfametoxazol (TMS) hasta el momento de la consulta. Comenzó 48hs previas con dolor abdominal, fiebre, edema facial a predominio periorbitario con queilitis y exantema maculo-papular eritematoso en miembros superiores (MMSS) y tronco que luego se

extendió a todo el cuerpo. A su ingreso se suspendió antibióticoterapia y se realizó hemograma (GB 13780 Ns64, L16, E6), hepatograma (BT 2.34, BD 1.8, GOT 405, GPT 800), química (Urea 23, Creatinina 0.95), serologías para HBv, HCV, HIV, CMV, EBv, Hsv I y II, VDRL, Clamidia y Micoplasma (no reactivas), amilasa, coagulograma y perfil tiroideo (normales), orina completa (bilirrubina +++), ecografía abdominal (normal), ecografía de partes blandas de región inguinal (múltiples imágenes ganglionares de forma, tamaño y ecoestructura conservada, sin colecciones), teleradiografía de tórax (sin patología pleuropulmonar activa, se visualiza válvula pulmonar). Fue evaluado por Dermatología, quienes realizaron biopsia de piel en MMSS y MMII izquierdos (Dermatitis purpúrica no vasculítica). Se indicó tratamiento con Metilprednisona y triple esquema de antihistamínicos. Presentó laboratorio control con descenso progresivo de enzimas hepáticas y normalización de bilirrubina. Continuó tratamiento con corticoides en dosis descendentes.

### CONCLUSIÓN

El síndrome DRESS constituye la primer causa de internación por reacciones adversas cutáneas y sistémicas secundarias a tratamiento farmacológico prolongado, por lo que debemos tenerlo presente como diagnóstico diferencial. Los fármacos desencadenantes más frecuentes son los anticonvulsivantes aromáticos y sulfonamidas.

Presenta una mortalidad del 10%, siendo el daño hepático y falla renal las causas más frecuentes.



## PORQUE CONSULTA EL NIÑO MALTRATADO EN EL HOSPITAL PEDIATRICO CLAUDIO ZIN, DE MALVINAS ARGENTINA

PO  
361

Mannsbach Y.<sup>1</sup>; Gamboa J.<sup>2</sup>; Galvis J.<sup>3</sup>; Piccolomini M.<sup>4</sup>

HOSPITAL PEDIATRICO CLAUDIO ZIN<sup>1,2,3,4</sup>

<yeliasilveriamannsbach@hotmail.com>

El maltrato infantil es definido por la OMS como los abusos y desatención de la que son objeto los menores de 18 años. Este se considera un gran problema a nivel mundial ya que deja grandes secuelas en esta población que condicionan su comportamiento e inclusión en la sociedad, como pediatras es nuestra responsabilidad acompañar en el proceso de crecimiento de nuestros chicos logrando reconocer fortalezas y debilidades que se puedan presentar en las familias para este fin.

En la Argentina es de carácter obligatorio la notificación por parte de los servicios asistenciales, personal de salud, educativos, públicos y privados ante la sospecha de estos actos, conociendo que muchos de los casos de maltrato infantil solo se hacen públicos cuando existen desenlaces dramáticos y que la mayoría de las veces son ocasionados por personas del cercano grupo familiar, quienes consideran a el maltrato como una herramienta que favorece a la educación del menor.

Es por eso que la identificación del maltrato infantil en el hogar se convierte en pieza clave para disminuir el impacto social y de salud, ocasionado por este tipo de prácticas.

### OBJETIVOS

Describir la manera de presentación de los casos de maltrato infantil durante el periodo de enero del 2015 a marzo del 2016 en el hospital pediátrico Claudio Zin.

Establecer la edad de presentación más frecuente de casos de maltrato infantil en los pacientes internados en el hospital pediátrico Claudio Zin durante el tiempo del estudio.

Describir el causante del maltrato en la población de estudio.

Pacientes consultantes y hospitalizados en el hospital pediátrico Claudio Zin de Malvinas argentinas durante el periodo de enero 2015 a marzo 2016.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Revisión de todas las historias clínicas de los pacientes internados en el área de pediatría (0 meses -15 años) del hospital pediátrico Claudio Zin durante el periodo de enero 2015 a marzo de 2016 con diagnóstico de sospecha de maltrato infantil.

### RESULTADOS

En el hospital pediátrico Claudio Zin de Malvinas argentinas, durante el periodo de enero de 2015 a marzo de 2016 el total de pacientes consultantes e internados fue de 8618 de estos 14 pacientes es decir el 0.16% fue con diagnóstico de maltrato infantil, los motivos de consulta fueron muy variados e inicialmente no se consideraban este diagnóstico. Dos casos consultaron por hematomas (14%), tres por trauma (21%), dos fueron abandonadas en vía pública (14%), cuatro fueron llevadas por terceras personas q sospechaban q los menores sufrían de maltrato(28%), un caso de fractura y uno de desnutrición(1%).

## FEMENINO O MASCULINO?... A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
362

Corona R.<sup>1</sup>; Jimenez C.<sup>2</sup>; Bermejo N.<sup>3</sup>

CEPSI EVA PERÓN<sup>1,2,3</sup>

rominacorona@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Las anomalías de la diferenciación sexual incluyen un conjunto de patologías originadas en alguna etapa de la edad gestacional imprescindible para el desarrollo normal del sexo genético, gonadal o genital. Su frecuencia es inferior a 1:4500 RN vivos y constituye una urgencia como en el caso de la Hiperplasia Suprarrenal Congénita. El conocimiento etiológico ayuda a tomar la decisión en la asignación del género del bebé.

### OBJETIVO

Presentar un caso clínico con anomalías en la diferenciación sexual.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Ingresa paciente de 2 meses de edad asumido como sexo femenino procedente del interior de Santiago del Estero para cirugía programada de Ductus Arterioso Persistente. Embarazo controlado, RNPT, APEG, errores congénitos normales. Al examen físico desnutrido crónico, soplo sistólico 5/6, hepatomegalia, pliegues labioescrotales, hiperpigmentados, falo de 2 mm, se palpan testículos, hipospadia perineal. A las 24 hs postquirúrgico inmediato presenta insuficiencia respiratoria aguda e inestabilidad hemodinámica por lo que pasa a Servicio de UTIP, se reinterviene y se coloca tubo de avenamiento pleural, obteniéndose material compatible con quilotorax.

Presenta ecografía abdominal doble sistema excretor con testículos en canal inguinal.

Valorado por Servicio de Endocrinología que solicita FSH 11.4 mUI/ml, LH 7.2 mUI/ml, Testosterona 0.82 ng/ml; post administración HCG 2.14 ng/ml, ionograma normal.

Se realiza cariotipo que informa 46 XY qh+ [50]. Se confirma sexo masculino, y comienza con tratamiento hormonal con seguimiento por Servicio de Endocrinología y Cirugía.

Durante toda la internación la familia recibió apoyo psicológico.

Actualmente el niño desarrollo características sexuales masculinas y se realizó cambio de Documento Nacional de Identidad.

### CONCLUSIÓN

Es importante un correcto y minucioso examen físico integral que permita detectar patologías poco frecuentes e instaurar en forma temprana junto con un equipo interdisciplinario el tratamiento adecuado reduciendo trastornos psico-sociales al niño y la familia.



## ENCEFALITIS AUTOINMUNE CON ESCASA RESPUESTA AL TRATAMIENTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RPD  
365

Vazquez M.<sup>1</sup>; Dates F.<sup>2</sup>; Campos M.<sup>3</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2,3</sup>  
maria.pilar.vazquez@gmail.com

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

La encefalitis es una patología aguda, grave y con una frecuencia de 5-10 casos/100000 niños en Pediatría. Las manifestaciones clínicas son variables y la morbimortalidad elevada, determinada en parte por el diagnóstico y tratamiento temprano. Las principales causas son las enfermedades infecciosas y luego autoinmunes, aunque muchas veces no se logra determinar su etiología.

#### OBJETIVO

Presentar un caso de encefalitis con sospecha de etiología autoinmune, con deterioro clínico y escasa respuesta a los tratamientos instaurados en una niña de 5 años y 10 meses de edad.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 5 años y 10 meses, con antecedente de neumonía dos semanas previas, consultó por cuadro de 24 horas de evolución de debilidad muscular, deterioro del sensorio y afasia de expresión. Las neuroimágenes así como el citoquímico, cultivo y virológico de líquido cefalorraquídeo se informaron dentro de límites normales. Recibió tratamiento con gammaglobulina endovenosa y pulsos de metilprednisolona, con leve mejoría de la debilidad muscular pero persistió con afectación de pares craneales y afasia. Se indicó tratamiento corticoideo vía oral con meprednisona. Por desmejoría clínica realizó pulsos de ciclofosfamida y plasmáferesis, sin respuesta favorable. Se descartó etiología infecciosa y por la progresión del cuadro a pesar del tratamiento, se jerarquizó como principal diagnóstico el origen autoinmune. Se realizará una revisión de la literatura científica correspondiente, dentro del marco del cuadro clínico de la paciente.

## ASTROCITOMA PILOCITICO-A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
366

Tolosa Gomez M.<sup>1</sup>  
HOSPITAL DE LA MADRE Y EL NIÑO<sup>1</sup>  
< latolo.mt@gmail.com >

#### INTRODUCCION

El astrocitoma pilocítico es un glioma de grado I que se presenta típicamente en niños y adultos jóvenes. Se localiza principalmente alrededor del tercer y cuarto ventrículos, en quiasma óptico, hipotálamo y vermis o hemisferios cerebrosos. Es habitualmente un tumor bien delimitado, de aspecto sólido o quístico con un nódulo mural. La captación de contraste en RM craneal y la presencia de proliferación vascular en la histopatología son hallazgos posibles en el astrocitoma pilocítico, y al contrario que en otros gliomas, no son indicativos de malignidad. Según los casos, el seguimiento clínico y radiológico de la lesión puede ser razonable. La cirugía puede ser curativa si se consigue una resección completa del tumor.

#### CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 10 años de edad oriundo de Chilecito, La Rioja, Argentina, que consulta derivado del interior por consultorio externos de neurocirugía por presentar cefalea intensa, visión borrosa, trastorno del aprendizaje, vómitos y ataxia de larga data, se realiza TAC la cual informa lesión ocupante de espacio en cerebelo izquierdo heterogénea con áreas de hipodensidad con densidad de LCR y con áreas de hiperdensidad con desplazamiento parcial de IV ventrículo, compatible con astrocitoma, por lo que se interna en servicio de pediatría para la realización de neurocirugía de urgencia: Craniectomía bilateral de fosa posterior con exeresis de lesión ocupante de espacio, aspiración de lesión quística que se envía citología y

bacteriología. Anatomía patológica informa astrocitoma pilocítico cerebeloso WHO 1, lo cual confirma la sospecha clínica. Actualmente niño vigil, orientado en tiempo espacio y persona, obedece ordenes simples, pupilas isocóricas reactivas, moviliza los 4 miembros, herida quirúrgica con punto de sutura sin secreción y sin fistula.

#### CONCLUSIÓN

La sospecha clínica debe ser apoyada no sólo por un examen físico general, sino que además por un examen neurológico completo. Sólo así es posible un diagnóstico precoz de esta patología aumentando la probabilidad de acceso oportuno al tratamiento mejorando el pronóstico y sobrevida.





## SINTOMAS FRECUENTES DE UN DIAGNOSTICO INUSUAL

Iglesias V.<sup>1</sup>; Lorenzo M.<sup>2</sup>; Martinitto R.<sup>3</sup>; Latella A.<sup>4</sup>; Solari Moro A.<sup>5</sup>; Messina J.<sup>6</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
marianolorenzo84@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La ingesta de un cuerpo extraño es un accidente muy frecuente en pediatría, siendo la segunda causa de endoscopia urgente. Aunque un 80% es eliminado espontáneamente por las heces, un diagnóstico y tratamiento rápido disminuyen la morbimortalidad. El esófago es el primer lugar donde puede quedar impactado, existiendo riesgo de aspiración, perforación y formación de fístulas. Las fístulas traqueo-esofágicas (FTE) pueden pasar desapercibidas y simular un cuadro infeccioso bronquial. Aunque se ha reportado resolución espontánea de FTE adquiridas, el tratamiento es primordialmente quirúrgico.

### OBJETIVO

Presentar el caso de un adolescente con FTE por cuerpo extraño de larga evolución y difícil diagnóstico.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 14 años, con historia de tos persistente, asumida como neumonía atípica, concurre luego de 6 meses por continuar con dicha clínica, agregando disfagia a sólidos y luego a líquidos con pérdida de peso. Se realiza TAC de Tórax: dilatación del esófago medial, FTE e imagen mediastinal prevertebral paraesofágica posterior de 4 x 3cm con sospecha de mediastinitis versus tumor. Broncoscopia: compresión extrínseca, oclusión completa de la luz esofágica y una ulceración. La biopsia informa placas bacterianas sin células neoplásicas. El Esofagograma muestra pasaje inmediato a vía aérea inferior y a ambos bronquios con reflujo gastroesofágico severo. El paciente permanece

ayunado con alimentación parenteral. Se realiza gastrostomía con sonda gastroyeyunal para alimentación enteral, presentando buen progreso de peso. Luego de 15 días de tratamiento antibiótico se repite TAC: imagen laminar hiperdensa rectangular de límites definidos con orificio central compatible con cuerpo extraño. En interrogatorio redirigido el paciente recuerda haber ingerido 2 años previos un pequeño sachet de golosina accidentalmente. Se realiza toracotomía, apertura esofágica y retiro de cuerpo extraño. Presenta buena evolución a la espera del cierre de fístula de manera espontánea versus quirúrgica.

### CONCLUSIÓN

Siendo la ingestión de cuerpo extraño frecuente en pediatría, es importante resaltar que un porcentaje puede cursar con complicaciones, por lo que de un diagnóstico adecuado y oportuno dependerá el pronóstico del niño.

## RETRASO MADURATIVO O ALGO MÁS?

Solari Moro A.<sup>1</sup>; Martinitto R.<sup>2</sup>; Pabon N.<sup>3</sup>; Iglesias V.<sup>4</sup>; Messina J.<sup>5</sup>; Reynoso J.<sup>6</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF DR JUAN P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
analiasol@yahoo.com



### INTRODUCCIÓN

La espondilodiscitis es la infección de la columna que compromete el disco intervertebral y el cuerpo vertebral. Cursa con sintomatología típica, aunque poco específica, y requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico. La mayoría de los casos se resuelven con manejo farmacológico, siendo los antibióticos el pilar del tratamiento.

### OBJETIVO

Presentar una lactante de 7 meses con dificultad en la sedestación con diagnóstico de espondilodiscitis.

### CASO CLÍNICO

Lactante de 7 meses, sin antecedentes patológicos, que consulta por historia de un mes de evolución de dificultad para la sedestación. Niega fiebre y en las últimas semanas impresiona dolorida al sentarla o levantarla. Se encuentra en buen estado general y con leve cifosis dorsal y dolor a la palpación en dicha zona. La radiografía de columna muestra estrechamiento del espacio intervertebral D9 D10 y disminución del diámetro anteroposterior a los cuerpos vertebrales homónimos; hemocultivos que fueron negativos, catastro de tuberculosis negativo; y por alta sospecha de espondilodiscitis se indica tratamiento antibiótico empírico con clindamicina. Se inmoviliza con corsé. La resonancia magnética nuclear muestra una reducción parcial de altura de los cuerpos vertebrales T10-T11. El disco intervertebral interpuesto presenta alta intensidad de señal que realiza con el contraste endovenoso al igual que

los cuerpos vertebrales. Se evidencian colecciones pre y para vertebrales entre los niveles T8 y T12. La paciente evoluciona clínicamente en forma favorable con descenso de los reactantes de fase aguda. Luego de tres semanas una nueva resonancia informa una resolución casi completa del proceso inflamatorio.

### CONCLUSIÓN

Las espondilodiscitis infecciosas son procesos con sintomatología inespecífica que afectan sobre todo a niños pequeños. El cuadro clínico se caracteriza por rechazo a la bipedestación y sedestación acompañado de irritabilidad y fiebre. El agente etiológico involucrado con mayor frecuencia es *Staphylococcus aureus*. La antibioterapia empírica inicial debe cubrirlo. La resonancia magnética es muy específica para su diagnóstico. La cirugía debe reservarse para aquellos casos que no mejoran con tratamiento médico o que presentan las complicaciones, como abscesos o lesiones neurológicas. Es importante reconocer la posibilidad de tratamiento conservador que involucre a todo un equipo interdisciplinario.



## HIPERINSULINISMO CONGÉNITO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Solerno J.<sup>1</sup>; Solari Moro A.<sup>2</sup>; Martinutto R.<sup>3</sup>; Pabon N.<sup>4</sup>; Iglesias V.<sup>5</sup>; Messina J.<sup>6</sup>; Reynoso J.<sup>7</sup>; Eiroa H.<sup>8</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

juansolerno@hotmail.com

RPD  
369

### INTRODUCCIÓN

El hiperinsulinismo congénito es la causa más común de hipoglucemia recurrente en la primera infancia. Consiste en la secreción inadecuada de insulina desde la etapa neonatal. La mayoría de los casos se debe a defectos genéticos en los mecanismos de regulación de secreción de insulina. Además del riesgo de muerte, las hipoglucemias recurrentes pueden provocar daño permanente en el sistema nervioso central. El diazóxido ha sido la variante terapéutica más utilizada, tratándose de una droga segura y efectiva.

### OBJETIVO

Presentar un paciente con hipoglucemias neonatales por hiperinsulinismo congénito.

### CASO CLÍNICO

Niño de 4 años, que ingresa al Hospital para estudio por hipoglucemias desde la etapa neonatal. Presenta el antecedente de hipoglucemias que asocian valores de insulinemia inadecuadamente altos en numerosos análisis. Durante su internación, frente a un ayuno monitorizado de 3 hs, el paciente presenta un registro de glucemia de 52 mg/dl, asociado a una insulinemia de 2,7 mCU/ml con valores normales de cortisol y hormona de crecimiento. Se realiza Test de Glucagón con resultado patológico (hiperrespuesta glucémica). Estudios por imágenes de abdomen y sistema nervioso central, sin particularidades. Comienza con diazóxido 10 mg/kg/día normalizando sus valores de glucemia.

### DISCUSIÓN

El hiperinsulinismo congénito debe sospecharse frente al hallazgo de un valor de insulinemia inadecuadamente alto en relación a una hipoglucemia. En el caso de nuestro paciente, fue importante no mal interpretar los valores de insulinemia absolutos como normales por estar dentro del rango esperado, sino haberlos relacionado al valor de la glucemia para interpretarlos como patológicos. La mayoría de los casos de hiperinsulinismo congénito se debe a defectos genéticos en los mecanismos de regulación de secreción de insulina, generalmente asociados al cierre inadecuado de canales de K<sup>+</sup> ATP-sensibles. Por lo general, presentan buena respuesta al diazóxido, un facilitador de la apertura de canales de K<sup>+</sup> ATP-sensibles, que evita la despolarización de la membrana celular, la entrada de Ca<sup>2+</sup> por canales voltaje-sensibles, y la consecuente liberación de las vacuolas con insulina. Para el pediatra, el conocimiento de esta enfermedad permite un diagnóstico temprano, instaurar el tratamiento adecuado, y evitar así en los pacientes, los riesgos de muerte o secuelas irreversibles en el sistema nervioso central.

## INDICACIONES DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE CRÁNEO EN EL DIAGNOSTICO DE ATAXIA AGUDA

Lanzavecchia E.<sup>1</sup>; Balduzzi S.<sup>2</sup>; Oroña M.<sup>3</sup>; Gonzalez V.<sup>4</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4</sup>

estefilanza@hotmail.com

PO  
370

### INTRODUCCIÓN

Se define ataxia aguda al desequilibrio o inestabilidad de la marcha, menor a 72 hs. Al ser una urgencia neurológica el diagnóstico etiológico es esencial para su abordaje terapéutico.

Aproximadamente el 70% de las ataxias son secundarias a cerebelitis post infecciosa e intoxicaciones, diagnosticadas con la anamnesis y examen físico, sin necesidad de neuroimágenes, fundamentalmente TC. Debido a los efectos biológicos no deseados de esta última, sumado al alto porcentaje de patología no estructural causante de ataxia aguda, planteamos la necesidad de realizar neuroimágenes en situaciones que sugieran patología estructural.

### OBJETIVO

Definir indicación de la TC de cráneo en el diagnóstico de ataxia aguda post infecciosa y por intoxicación.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, analítico, en una población pediátrica >1 mes y <17 años, de ambos sexos, previamente sanos, que consultaron espontáneamente en el servicio de emergencias del hospital Garrahan por ataxia aguda en el periodo desde 01/01/2012 hasta 31/12/2014. Se revisaron 132 historias clínicas, utilizando como criterios de inclusión: primer episodio de incoordinación motora, aumento de la base de sustentación, inestabilidad postural y la marcha

y signos de afectación cerebelosa, de menos de 72 hs de duración. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con diagnóstico de tumores de SNC u otros, cardiopatía con riesgo de ACV, metabopatía, ECNE y enfermedades neurológicas previas.

### RESULTADOS

Del total de pacientes 27.3% n=(132) no cumplían con los criterios de inclusión, 4.8% no tenían historia clínica. Del 64.4% restante, el 43.5% n=(37) no presento diagnóstico de egreso, 17.6% n=(15) fueron por intoxicación, 16.4% n=(14) pos infecciosas y el 22.5% n=(19) restante por otras patologías. De todos los pacientes con ataxia por intoxicación y pos infecciosa al 75.8% n=(22) se le realizó TC y solo al 24.2% n=(7) restante el diagnóstico se realizó clínicamente.

### CONCLUSIÓN

En base a lo expuesto previamente, en nuestra serie la TC no aportó datos significativos en el diagnóstico de las ataxias agudas pos infecciosas y por intoxicaciones.



## HEPATITIS POR DENGUE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salgueiro L.<sup>1</sup>; Gugliermo L.<sup>2</sup>; Baldassarre L.<sup>3</sup>; Seco N.<sup>4</sup>; Lanfranchi R.<sup>5</sup>;  
Perez Camacho L.<sup>6</sup>; Cazes N.<sup>7</sup>; Elenchwajg M.<sup>8</sup>; Romano V.<sup>9</sup>; Blanco J.<sup>10</sup>; Rayden S.<sup>11</sup>

HOSPITAL ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>

luchi\_salgueiro@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad viral aguda causada por Arbovirus. Existen 4 serotipos y se transmite por mosquitos del género Aedes. Sus manifestaciones clínicas se dividen en tres etapas: febril, crítica y de recuperación.

La etapa crítica abarca las primeras 48 hs afebril. Durante la misma puede producirse el dengue grave que se caracteriza por aumento de la permeabilidad vascular, hipovolemia y coagulopatía; con riesgo de hemorragias severas, shock, edema agudo de pulmón o afectación de órgano blanco como la hepatitis grave por dengue (transaminasas superiores a 1000 unidades).

### OBJETIVO

Describir caso clínico de hepatitis por dengue y sus características.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 16 meses previamente sano que presenta registros febriles de 48 hs de evolución asociado a vómitos y deposiciones desligadas. Al examen físico se constata afebril con rash maculo papular generalizado y pruriginoso. Se solicita laboratorio donde se observa anemia, alteración del coagulograma y del hepatograma (a predominio de la GOT). Se diagnostica hepatitis aguda a descartar etiología, se indica vitamina K con posterior corrección del tiempo de protrombina, hidratación y se solicitan serologías virales.

La gastroenteritis se autolimitó, permaneciendo afebril y en buen estado general. El 3er día de internación el niño presenta epistaxis de 5 minutos de duración asociada a plaquetopenia, aumento de la GOT y persistencia de la

anemia. Se recibe serología positiva para dengue y se realiza diagnóstico de hepatitis por dengue y dengue atípico. El niño evolucionó favorablemente sin nuevos episodios de sangrado, con mejoría progresiva de los valores de las transaminasas y de la plaquetopenia.

### CONCLUSIÓN

El Dengue es actualmente la virosis humana transmitida por artrópodos de mayor incidencia mundial. La Organización Mundial de la Salud (2015) estima unas 390 millones de infecciones y 20000 muertes por dengue al año. Se ha descrito disfunción hepática por este virus. De Souza y col (Brasil) describió pacientes con transaminasas en rango de hepatitis para GOT y GPT en el 3,4 y 1,8%, respectivamente. En el caso clínico se confirma que en este tipo de hepatitis los niveles de GOT son superiores que los de GPT, evidenciándose ascenso de transaminasas entre el séptimo y noveno día con su normalización entre 2 y 8 semanas. El curso clínico suele ser autolimitado, con pocos casos de falla hepática fulminante.

## AGAMMAGLOBULINEMIA CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salgueiro L.<sup>1</sup>; Gugliermo L.<sup>2</sup>; Lanfranchi R.<sup>3</sup>; Seco N.<sup>4</sup>; Romano V.<sup>5</sup>; Elenchwajg M.<sup>6</sup>;  
Cazes N.<sup>7</sup>; Perez Camacho L.<sup>8</sup>; Rayden S.<sup>9</sup>

HOSPITAL ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9</sup>

luchi\_salgueiro@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La agammaglobulinemia congénita, ligada al X o de Bruton, es una inmunodeficiencia primaria causada por una mutación en el gen que codifica la tirosinasa de Bruton, que se encuentra en el cromosoma X. Esta enzima permite la maduración de los linfocitos B, por lo que en esta enfermedad existe disminución o ausencia de los mismos, hipogammaglobulinemia e hipoplasia linfática. Su frecuencia de aparición es de 1 en 10000 a 10000000 varones, y suele afectar niños de entre 6 meses y 1 año de vida, que es cuando desaparecen los anticuerpos maternos.

### OBJETIVO

Describir caso clínico de inmunodeficiencia primaria y la importancia de su determinación temprana.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Niño de un año de edad, previamente sano, que consulta por fiebre y deposiciones desligadas de 4 días de evolución asociadas a costra necrótica de bordes bien definidos y redondeada en mentón, nariz derecha y recto. Al examen físico el paciente se encuentra en regular estado general, afebril, taquicárdico, hipotenso, con pulsos periféricos débiles. Se asume como sepsis a foco cutáneo por lo que se realizan tres expansiones a 20 ml/kg, se solicita laboratorio y hemocultivos, y se medica con ceftriaxona a 100 mg/kg/d.

Se recibe laboratorio con 1 hemocultivo de 2 positivo para Pseudomona Aeuruginosa sensible a ceftazidima y amikacina, por lo que se diagnostica ectima gangrenoso y se rota antibioticoterapia. Por sospecha de inmunodeficiencia se solicita HIV, concentración sérica de inmunoglobulinas (Ig) A, G, M y E, y poblaciones linfocitarias; constatándose disminución de todas las inmunoglobulinas con ausencia de CD19. Con estos resultados se diagnostica Hipogammaglobulinemia severa (sospecha de Agammaglobulinemia congénita) por lo que se administra gammaglobulina EV 1 gr/kg/dosis.

El niño evolucionó favorablemente, con hemocultivos de control negativos y normalización de valores de inmunoglobulinas.

### CONCLUSIÓN

Se debe sospechar esta patología en niños que presentan infecciones a repetición por bacterias capsuladas, enfermedad sinopulmonar crónica o afectación grave y/o crónica por virus, especialmente por enterovirus (por falta de Ig A secretoria).

Hacer diagnóstico temprano de enfermedad en el niño y su entorno familiar permite llevar a cabo la terapia sustitutiva con anticuerpos de origen humano y evitar complicaciones graves a futuro. Con un tratamiento antibiótico adecuado y las correspondientes dosis de inmunoglobulinas mensuales, los pacientes alcanzan una óptima calidad de vida.





## TROMBOCITOPENIA GRAVE COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

RPD  
373

Suarez R.<sup>1</sup>; Russ E.<sup>2</sup>; Wisniacki M.<sup>3</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS DR. RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2,3</sup>  
suarezramirof@gmail.com

### INTRODUCCIÓN

Alrededor de un 10 % a 15% de los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desarrollan trombocitopenia a lo largo de la enfermedad, y será ésta la manifestación inicial en un 10%. Los mecanismos de génesis son complejos e involucran tanto defectos en la producción plaquetaria como destrucción inmunomediada de las mismas. La severidad se correlaciona con el grado de replicación viral e inmunosupresión.

### OBJETIVO

Presentamos un caso de trombocitopenia grave como manifestación inicial de la infección por VIH, en una paciente de 15 años.

### CASO CLÍNICO

Mujer previamente sana a quien en contexto de una infección respiratoria alta se diagnosticó trombocitopenia. Consultó un mes más tarde en nuestro Hospital, con recuento de plaquetas de 4000/mm<sup>3</sup>. Se asumió el cuadro como trombocitopenia inmune y se indicó pasaje de gammaglobulina endovenosa. Dentro de los estudios realizados en busca de causas secundarias de trombocitopenia se diagnosticó infección por VIH.

## ASOCIACIÓN ENTRE LA VELOCIDAD DE REHIDRATACIÓN Y EL DESARROLLO DE EDEMA CEREBRAL EN EL TRATAMIENTO DE LA CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN NIÑOS

RPD  
374

Barbiero A.<sup>1</sup>; Lin C.<sup>2</sup>; Dartiguelongue J.<sup>3</sup>  
HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIERREZ<sup>1,2,3</sup>  
silvi50@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El edema cerebral es una de las complicaciones de mayor morbimortalidad en la Cetoacidosis Diabética (CAD). Los mecanismos causantes descriptos son múltiples, entre los cuales se encuentra la velocidad de rehidratación.

### OBJETIVO

Evaluar la asociación entre el desarrollo de edema cerebral y la velocidad de rehidratación en el tratamiento de la CAD en niños menores de 18 años.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en MEDLINE, LILACS y COCHRANE. Se incluyeron 2 artículos; 1 ensayo clínico y 1 estudio observacional retrospectivo.

### RESULTADOS

Publicación	N. población	Diseño	Intervención realizada	Resultados
Glaser NS et Al. Subclinical Cerebral Edema in Children With Diabetic Ketoacidosis Randomized to 2 Different Rehydration Protocols, Pediatrics 2013; 131: e73-e80	N: 18 (8-18 años de edad)	Ensayo clínico controlado y aleatorizado	Comparación de 2 regímenes de rehidratación endovenosa (rápida vs lenta).  Evalúan edema cerebral por resonancia magnética.	La asignación a un grupo de tratamiento no tuvo asociación significativa con cambios en el coeficiente de difusión aparente (ADC) por resonancia magnética
Felner EJ y White R. Improving Management of Diabetic Ketoacidosis in Children, Pediatrics 2001;108;735	N: 502 (Edad media de 11 años)	Estudio observacional retrospectivo	Comparación de 2 regímenes de rehidratación endovenosa (Más volumen y mayor velocidad vs menos volumen y menor velocidad).  Evalúan edema cerebral por clínica	La tasa de edema cerebral fue similar en ambos grupos

### DISCUSION

En el primer artículo analizado, un ensayo clínico controlado y aleatorizado en donde se analizaron dos grupos de pacientes que recibieron diferentes regímenes de rehidratación endovenosa (rápido vs. lento) y se les realizó estudio de resonancia magnética para medir los cambios de ADC (medición indirecta de desarrollo de edema cerebral), no se encontró una asociación significativa entre los cambios de ADC y el régimen de rehidratación endovenosa utilizado.

En el segundo artículo analizado, un estudio observacional retrospectivo en donde se comparó a dos grupos de pacientes tratados con distintos volúmenes y tonicidades de líquidos endovenosos, se encontró una tasa similar de edema cerebral en ambos grupos.

Existen múltiples esquemas propuestos para la fluidoterapia inicial en el manejo de la CAD. Si bien al momento actual no existe evidencia suficiente, la mayoría de ellos coinciden en la administración de fluidos isotónicos a volúmenes que no superen el doble de las necesidades de mantenimiento en las primeras 24 horas.

Los postulados fisiopatológicos que identifican situaciones de riesgo para el desarrollo de edema cerebral durante el tratamiento de la CAD, deberán ser contrastados en futuros estudios para poder entender con mayor claridad dichos fenómenos.

### CONCLUSIÓN

En función a los artículos analizados, no se encontró asociación entre el desarrollo de edema cerebral y la velocidad de rehidratación en el tratamiento de la CAD.





## VIGILANCIA DE PARÁLISIS AGUDA FLÁCCIDA EN MENORES DE 15 AÑOS SEGÚN INDICADORES SELECCIONADOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (CABA). AÑOS 2006-2015

Longordo Otero M.<sup>1</sup>; Rapaport S.<sup>2</sup>; Ros M.<sup>3</sup>; Scquizzato I.<sup>4</sup>; Bonzi I.<sup>5</sup>; Chaui J.<sup>6</sup>; Antman J.<sup>7</sup>; Valenzuela M.<sup>8</sup>

MINISTERIO DE SALUD GCABA<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>  
marinaalexandra85@hotmail.com



Opción a Premio

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La poliomielitis es una enfermedad infecciosa viral que ha sido una importante causa de morbilidad en la infancia a nivel mundial, actualmente en etapa de erradicación. El Programa de Erradicación de Poliomielitis tiene como objetivos lograr una cobertura de vacunación mayor a 95 %, una eficaz vigilancia epidemiológica, y detectar casos asociados a la vacuna y derivados de la misma. El método de referencia es la vigilancia de las Parálisis Agudas Flácidas (PAF) en menores de 15 años. Todo caso de PAF se considera sospechoso de poliomielitis. Este estudio tiene como objetivo describir la situación del sistema de vigilancia de PAF de CABA entre 2006-2015 a partir de indicadores seleccionados de la Guía Práctica de Erradicación de la Poliomielitis de la OPS (2005).

### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de casos de PAF en menores de 15 años asistidos en CABA notificados a la Gerencia Operativa de Epidemiología (GOE) entre 2006 y 2015. Fuente de datos: base de datos de PAF de GOE. Se seleccionaron los siguientes indicadores de OPS y se analizaron para cada año: Sensibilidad de la Vigilancia, Intervalo entre la presentación del caso y la notificación, Muestra de heces de los casos probables, Seguimiento del caso y Formulario para la investigación de casos. Se excluyeron otros indicadores por no disponer de los datos necesarios para el análisis de los mismos.

### RESULTADOS

Se notificaron 501 casos de PAF entre los años 2006 y 2015. Sensibilidad de la vigilancia: desde el año 2008 la tasa anual de notificación es mayor a un caso por cada 100.000 menores de 15 años. Intervalo entre la presentación del caso y la notificación: en 2012 y 2015 se superó el 80% de notificaciones oportunas (14 días); 86, 8% y 81,1% respectivamente. Muestra de heces de los casos probables: los años 2010 (77,6%) y 2013 (75,5%) presentaron un porcentaje menor al 80% de muestras de heces en los primeros 14 días. Seguimiento del caso: no se alcanzó el 80% de seguimiento de los casos probables durante 60 días, para evaluar parálisis residual. Formulario para la investigación de casos: 100% de los casos en el año 2014.

### CONCLUSIONES

Se observa que la sensibilidad de la vigilancia y la obtención de muestra de heces son adecuadas. En cambio, es necesario mejorar los otros indicadores. Destacamos la importancia de la vigilancia epidemiológica en la fase final de la erradicación de la poliomielitis.

## HEPATITIS AUTOINMUNE: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Desposito P.<sup>1</sup>; Torrecillas, M.<sup>2</sup>; Gonzalez, N.<sup>3</sup>; Simaz N.<sup>4</sup>; Morice S.<sup>5</sup>; Scilingo, M.<sup>6</sup>

HOSPITAL NACIONAL ALEJANDRO POSADAS<sup>1,2,3,4,5,6</sup>  
pauli\_desposito@hotmail.com



### INTRODUCCIÓN

La hepatitis autoinmune es una enfermedad inflamatoria crónica progresiva del hígado de etiología desconocida. Afecta predominantemente al sexo femenino en la etapa prepuberal.

Se caracteriza por presentar niveles elevados de transaminasas e inmunoglobulina G, niveles bajos del factor 4a del complemento, de IgA circulantes, y de autoanticuerpos en suero.

### OBJETIVOS

Describir la presentación de hepatitis autoinmune en un paciente de sexo masculino en edad pediátrica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 13 años de edad, sin antecedentes patológicos previos, que comienza con cuadro clínico de nueve meses de evolución caracterizado por astenia, adinamia, episodios de gingivorragia y hematomas en miembros inferiores, asociado a aumento del diámetro de los mismos y eritema palmar bilateral. En los dos meses previos a la consulta agrega dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho. A su ingreso se constata palidez mucocutánea generalizada, telangiectasias y lividesces faciales. Esplenomegalia (3cm por debajo del reborde costal). Se solicita laboratorio (hemograma con frotis de sangre periférica, hepatograma, perfil lipídico, proteinograma, colagenograma y complemento, serologías, perfil tiroideo, anticuerpos anticeliaquia, dosaje de factores y coagulograma, autoanticuerpos: anti MPO, antinucleares, antiDNA, anti musculo liso, antiLKM, ANCA, FAN) y ecografía abdominal. Recibe 1TGRD. Se realiza seguimiento

multidisciplinario por los servicios de hematología, gastroenterología sección hepatología, reumatología y servicio de inmunología infantil. Presento niveles elevados de transaminasas, Hipergammaglobulinemia policlonal, Fan homogéneo positivo, ANA positivos 1/320. Se asume cuadro clínico compatible con hepatitis autoinmune. Por encontrarse coagulograma alterado se difiere biopsia hepática. Comienza tratamiento inmunosupresor con meprednisona 60mg/día con carbonato de calcio y vitamina D.

### CONCLUSIÓN

La HAI es una enfermedad que produce inflamación persistente y progresiva del hígado. La presentación clínica es variable, desde asintomática a falla hepática fulminante, siendo lo más frecuente en pediatría que se presente como hepatitis aguda. Es indistinguible de otras causas de hepatitis, siendo necesario descartar otras entidades y a la inversa, se debe pensar en esta patología dentro de los diagnósticos diferenciales de un cuadro compatible con hepatitis aguda, especialmente si se acompaña, dentro de los parámetros de laboratorio, con una hipergammaglobulinemia.

Su evolución conduce a la cirrosis hepática, por lo que es necesario realizar un diagnóstico oportuno para iniciar el tratamiento inmunosupresor y modificar así su pronóstico.



## A PROPOSITO DE UN CASO: TUBERCULOSIS CUTÁNEA EN PACIENTE DE CINCO AÑOS

RPD  
377

Janer Tittarelli M.<sup>1</sup>; D'alessandro Y.<sup>2</sup>; Montecucio M.<sup>3</sup>; Tursakissian R.<sup>4</sup>; Diaz Pumara C.<sup>5</sup>; Morales I.<sup>6</sup>;  
Romero A.<sup>7</sup>; Barbara Juliana G.<sup>8</sup>; Karla N.<sup>9</sup>; Daniela S.<sup>10</sup>; Gonzalez N.<sup>11</sup>

HOSPITAL PEDRO DE ELIZALDE<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11</sup>  
agusjaner@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis cutánea es una enfermedad infecciosa crónica causada por *M. tuberculosis*. Se produce por reinfección endógena a partir de una lesión tuberculosa del mismo sujeto, por contigüidad de foco tuberculoso o por diseminación hematológica. La primoinfección cutánea presenta chancro tuberculoso, 2-4 semanas después que el bacilo alcanza la piel o mucosas. Predomina en cara, extremidades inferiores y genitales. Puede presentarse como tuberculosis fijas o localizadas por colonización y reproducción local del bacilo, o tuberculosis diseminadas, reacciones cutáneas con características tuberculosas en la histología, sin micobacterias detectables. Suele tener una reactividad tuberculínica moderada e intensa y antecedentes de tuberculosis en otros órganos, sin foco evidente de enfermedad. La más frecuente es la tuberculíde papulonecrotica, pápulas eritematosas, firmes, estériles, de distribución simétrica en extremidades, el dorso de las manos y los pies y los glúteos. Evolucionan a la formación de una ulceración central.

### OBJETIVO

Describir forma de presentación de tuberculosis cutánea.

### CASO CLÍNICO

Niña de 5 años, previamente sana, comienza con lesiones pápulo-vesiculosas en cara que se extienden a zona genital, tronco y miembros inferiores, febril. Se interna, interpretándose como varicela impetiginizada. Comienza tratamiento con clindamicina 30 mg/kg/día (10 días) y cefalotina 100 mg/kg/día (10 días). Presenta lesiones nodulares, eritemato-violáceas, dolorosas, en miembros inferiores sugestivas de eritema nodoso, por lo que se interconsulta con

Dermatología quienes biopsian las lesiones. La evolución clínica fue favorable. Presenta hemograma con anemia microcítica hipocrómica e hipereosinofilia severa (GB 12000 (0/29/0/25/43/3) Eosinófilos: 3000 Hb 8 HTO 26 Plaquetas 583000 ERS 20 PCR 114.69 y PPD de 9 mm. Biopsia cutánea: granulomas caseificantes tuberculoideos. Antecedentes familiares presenta madre fallecida por accidente cerebrovascular hace 7 meses; abuelo conviviente con diagnóstico de tuberculosis en 2014, sin tratamiento adecuado. PCR para BAAR (negativa) y cultivo para micobacterias (pendiente) en biopsia cutánea. Espetos: negativos, mala muestra. HIV negativo. TAC de tórax: sin adenomegalias, dos imágenes nodulares con halo de vidrio esmerilado, en segmento lateral del lóbulo medio que contacta con pleura de 7mm, otra en segmento anterobasal del lóbulo inferior derecho de 4 mm. Tercera imagen nodular en vidrio esmerilado con nodulillos centrolobulillares en segmento laterobasal del lóbulo inferior derecho. Inicia tratamiento con cuatro drogas: Isoniazida 10 mg/kg/día, Rifampicina 20 mg/kg/día, Pirazinamida 25 mg/kg/día, Etambutol 20 mg/kg/día.

### DISCUSIÓN O CONCLUSIÓN

Paciente de 5 años que comienza con lesiones pápulo-vesiculosas en cara, palmas, plantas, glúteos y lesiones nodulares eritemato-violáceas en miembros inferiores, familiar conviviente con tuberculosis sin tratamiento adecuado. Se sugiere, dado contexto epidemiológico, considerar tuberculosis cutánea dentro de los diagnósticos diferenciales y realizar estudios pertinentes para arribar al diagnóstico etiológico.

## SOSPECHA DE HIPOALDOSTERONISMO PRIMARIO VS PSEUDOHIPALDOSTERONISMO

PO  
378

Belaustegui M.<sup>1</sup>  
HOSPITAL AUSTRAL<sup>1</sup>  
marianabelaustegui@hotmail.com

### INTRODUCCION

El síndrome perdedor de sal en la infancia es poco frecuente. Tiene varios diagnósticos diferenciales dentro de los cuales están la hiperplasia suprarrenal congénita, el hipoaldosteronismo congénito y el pseudohipoaldosteronismo. En nuestro caso se descarta la hiperplasia suprarrenal congénita por dosaje de cortisol normal. El diagnóstico diferencial se realiza entre hipoaldosteronismo congénito y pseudohipoaldosteronismo. El pseudohipoaldosteronismo se debe a una disminución de la respuesta renal de Aldosterona que puede ser congénito o secundario, se asocia con aumento de Renina, Aldosterona y aumento de 17 OH progesterona. El hipoaldosteronismo congénito se debe a deficiencia de aldosterona por alteración en su síntesis. Se asociado a renina elevada con aldosterona inapropiadamente normal. Se presenta un caso de un niño que ingresó con mal progreso de peso, deshidratación, vómitos en contexto de alteraciones del medio interno.

### CASO CLINICO

Paciente sin antecedentes perinatales de interés. Presentó regular progreso de peso. Se internó el 23/09/14 por episodio de deshidratación asociada a vómitos en Tucumán. Evolucionó con insuficiencia renal aguda, poliuria, acidosis metabólica hiperclorémica, hiponatremia, hiperkalemia. Presentó una convulsión focal izquierda por lo que fue medicado con Fenobarbital. Se solicita derivación a Hospital Universitario Austral (centro de mayor complejidad) al mes y medio de edad. Presentó alteraciones de medio interno, con síndrome perdedor de sal, con hiperkalemia e hiponatremia persistentes, que requirieron múltiples correcciones hidroelectrolíticas.

Por sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita vs pseudohipoaldosteronismo se medicó de manera empírica con Fludrocortisona la cual inició el día 13/10, con buena respuesta y normalización del ionograma en laboratorios control. Se realizó dosaje de cortisol y ACTH (elevados), renina (elevada), aldosterona (normal) y 17OH progesterona (elevada, que normalizó luego de tratamiento con Fludrocortisona). Con resultados hormonales, se descartó la posibilidad de hiperplasia suprarrenal congénita típica (por déficit de 21 hidroxilasa), y con sospecha de hipoaldosteronismo primario vs pseudohipoaldosteronismo, se solicitó estudio genético molecular.

Para descartar metabolopatía se solicitó laboratorio metabólico completo que fue normal.

Presentó hiperplaquetosis (>1.000.000) y recibió anti agregación con ácido acetilsalicílico.

Permaneció alimentándose por succión con buena actitud y tolerancia, presentando adecuada progresión de peso.

### CONCLUSION

La buena respuesta a la Fludrocortisona, el valor elevado de Renina y normal de Aldosterona nos orientaron más hacia un hipoaldosteronismo primario. Por otro lado existen datos como la renina y la 17OH progesterona elevada que es más típica del pseudohipoaldosteronismo, y hay casos en los cuales también responden a la Fludrocortisona. Un dato peculiar que fue encontrado en la bibliografía fue un caso con pseudohipoaldosteronismo que también presentó hiperplaquetosis. Fue un paciente que fue un gran desafío desde la parte clínica para el manejo hidroelectrolítico.



## ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA "J.P.GARRAHAN"

Martinito R.<sup>1</sup>; Ledesma F.<sup>2</sup>; Boada N.<sup>3</sup>; Iglesias V.<sup>4</sup>; Solari Moro A.<sup>5</sup>; Viteritti L.<sup>6</sup>; Galvan E.<sup>7</sup>; Rodriguez N.<sup>8</sup>; Jacobo Dillon A.<sup>9</sup>; Cohen V.<sup>10</sup>  
HTAL DE PEDIATRÍA J.P.GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</sup>  
rmartinito@hotmail.com

PO  
379

### OBJETIVO

Analizar la mortalidad en un hospital infantil de tercer nivel y alta complejidad por el Comité de Mortalidad.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes fallecidos en el Hospital J.P. Garrahan durante el periodo 2013-2015 tomando una muestra al azar de 161 historias clínicas. Se analizaron datos epidemiológicos, diagnósticos clínicos y la evitabilidad de la muerte. Las variables fueron definidas al inicio del estudio por el Comité de Mortalidad.

### DEFINICIONES OPERATIVAS

Muerte Inevitable: aquella ocurrida por la patología de base o sus complicaciones, luego de un proceso de diagnóstico y tratamiento adecuado.

Potencialmente evitable: aquella en la que una modificación en el proceso de atención podría haberla evitado.

Muerte evitable: aquella relacionada fundamentalmente a un proceso de atención inadecuado.

### RESULTADOS

La media de edad fue de 65 meses; mediana: 34 meses. El 44% fueron menores de 1 año. El 52% fueron varones. El tiempo de internación fue en promedio de 23 días, con una mediana de 10 días; rango de 0 a 218 días. El 26% (42) tuvieron menos de 48 hs de internación. El 71% de las defunciones ocurrieron en UCI, 22% en sala de internación, 4% en emergencias y 3% en quirófano. Las cardiopatías congénitas y la enfermedad hematológica

fueron las primeras causas de muerte (21% y 18% respectivamente). El 14% de los niños se encontraban en cuidados paliativos. El número de necropsias fue inferior al 10%. El 6% de las muertes fueron potencialmente evitables y en un 1% evitable. La mayoría de las muertes se consideraron inevitables (93%). Los diagnósticos de los niños con muerte evitable fue hipotonía en estudio y trasplante hepático con muerte cerebral post trasplante ambas en UTI. Las causas potencialmente evitables fueron 5 cardiopatías complejas, 2 pacientes quirúrgicos (1 AVB y una peritonitis complicada) y en un 1 paciente hemofílico.

### CONCLUSIONES

El 93% del total de las muertes fue inevitable. El 26% de las muertes fueron dentro de los 1eros 2 días de internación que obedecen a factores extrahospitalarios o a gravedad de la enfermedad al ingreso. El 14% de los fallecidos se encontraban en cuidados paliativos. Se debe incentivar la realización de necropsias.

El análisis de la mortalidad hospitalaria es un gran instrumento para mejorar la calidad de atención. Su accionar se basa en el análisis de los procesos intervinientes en el paso por el hospital de un paciente, para encontrar desviaciones en las pautas de atención y aportar soluciones y proponer medidas correctoras. La Comisión de Mortalidad, como instrumento de calidad, es un órgano esencial en la vida de un hospital, por ello, es importante potenciar su funcionamiento. Este análisis en ningún modo pretende fiscalizar las actividades profesionales.

## ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN UNA SALA DE INTERNACIÓN DEL HOSPITAL DE PEDIATRÍA "J.P.GARRAHAN"

Martinito R.<sup>1</sup>; Pabon N.<sup>2</sup>; Lauferman L.<sup>3</sup>; Iglesias V.<sup>4</sup>; Solari Moro A.<sup>5</sup>; Messina J.<sup>6</sup>; Latella A.<sup>7</sup>; Reinoso J.<sup>8</sup>; Halac E.<sup>9</sup>; Dip M.<sup>10</sup>; Aredes D.<sup>11</sup>; Cervio G.<sup>12</sup>; Imventarza O.<sup>13</sup>  
HTAL DE PEDIATRÍA J.P.GARRAHAN<sup>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13</sup>  
rmartinito@hotmail.com

PO  
380

El presente trabajo comunica la evolución posoperatoria inmediata de los pacientes pediátricos trasplantados hepáticos en un centro de alta complejidad, desde enero de 2012 hasta enero de 2016. La necesidad de brindar solución a la internación de niños trasplantados hepáticos luego de su recuperación en UCI motivó la creación del programa de internación preferencial en una sala de clínica pediátrica.

### OBJETIVO

Análisis de la internación de pacientes post trasplante hepático inmediato durante el periodo 2012-2016.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un análisis retrospectivo, descriptivo, de la evolución posoperatoria de los receptores pediátricos de trasplantes desde enero de 2012 a enero 2016. La evolución postoperatoria se analizó mediante las siguientes variables: edad y peso al momento de TH, sexo, enfermedad de base, tiempo de internación posttrasplante en la sala, complicaciones.

### RESULTADOS

Se realizaron 148 TH en 139 niños, 8 retrasplantes en agudo, 57% fueron mujeres, la edad promedio fue 63 meses con rango de 4 a 236 meses, mediana 25 meses y modo 8 meses, el peso promedio 20 kg, mediana 12 kg, modo 17 kg, etiología: 37% AVB; 18% FHA y 18% cirrosis, 9% rechazo crónico en pacientes TH y 7% tumores (hepatoblastoma), 27 trasplantes fueron donantes vivos relacionados. El promedio de internación en sala fue

de 27 días, con una mediana de 19 días. La sobrevida global de los pacientes fue del 84%. 64 pacientes presentaron 1 o más episodios de rechazo, 62,5% presentaron complicaciones quirúrgicas siendo las complicaciones biliares la causa más frecuente. 33 pacientes presentaron infección por CMV (8 con enfermedad), 42 infección por EBV con 4 enfermedades linfoproliferativas. 22 pacientes presentaron bacteriemias.

### CONCLUSIONES

El trasplante debe ser considerado como tratamiento para todos aquellos pacientes que presenten insuficiencia hepática irreversible. El desarrollo de unidades especializadas en el sostén del paciente con TH favorecerá la supervivencia del injerto y aumentará la sobrevida y calidad de vida de estos pacientes. Debido a la complejidad del procedimiento, a la alta incidencia de rechazo y a la elevada morbilidad y mortalidad por infecciones asociadas o complicaciones quirúrgicas es fundamental la capacitación del pediatra que asiste a estos niños.



## COMPROMISO NEUROLÓGICO Y HEMATOLÓGICO EN LACTANTE HIJO DE MADRE VEGETARIANA POR DÉFICIT DE VITAMINA B12. CASO CLÍNICO

RPD  
381

Messina J.<sup>1</sup>; Iglesias V.<sup>2</sup>; Solari Moro A.<sup>3</sup>; Latella A.<sup>4</sup>; Martinitto R.<sup>5</sup>  
HTAL DE PEDIATRÍA J.P.GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5</sup>  
<jimenamessina@gmail.com>

### INTRODUCCIÓN

La calidad de los nutrientes en la alimentación de los lactantes y niños juega un rol fundamental para el desarrollo neuromadurativo. La falta específica de algunos de ellos produce daño eventualmente persistente de no ser detectado tempranamente.

### OBJETIVO

Se describe un caso clínico de una lactante alimentada a pecho exclusivo, hija de madre vegetariana estricta.

### CASO CLÍNICO

Niña de 14 meses con pérdida y retraso en la adquisición de pautas madurativas desde los 7 meses vida. Alimentada con pecho materno exclusivo, 40 semanas de gestación, peso de nacimiento de 2750 gramos y ausencia de vacunas por creencia familiar. Al examen físico eutrófica, con marcada palidez, decaimiento, hiporreactiva, cabello fino y ralo, asociado a un quejido constante. Al examen neurológico: hipotonía generalizada central y periférica a predominio de miembros inferiores; trípede con inestabilidad, temblor fino generalizado. Peso y Talla en Percentilo 25, PC: -1ds. Antecedentes madurativos: sostén cefálico antes de los 3 meses, sedestación a los 10 meses, perdiendo dicha capacidad con los meses. Del interrogatorio dirigido se rescata madre vegetariana desde la adolescencia y vegana en los últimos cinco años. Laboratorio: GB: 4030 Hb: 6.6 Plq: 184000 con VCM: 112 (VN: 70-86) MCH: 38 (VN: 23-35) MCHC: 34 (VN: 30-36). LDH: 7574

UI/L Haptoglobina: <5.8 (VN: 70-372). Se hace diagnóstico de anemia macrocíticamegaloblástica. Se confirma con B12 AXSYM: <83 (VN 227-1508). Tratamiento: hidroxocobalamina 1 mg im durante 8 días, luego trisemanal, rotando a vía sublingual a los 14 días del tratamiento con valores de B12 AXSYM: 2000, manteniendo tratamiento durante 5 meses. Ácido fólico 5 mg. Evolución: a los 8 días de tratamiento logra sedestación sin apoyo con mejoría del temblor. Laboratorio Hb: 9; VCM:95 MCH:27 MCHC:28 LDH: 977. Dosaje de vit B12: 2000. Al mes de tratamiento: bipedestación con ayuda y pinza superior. Al año alcanzó valores normales de vitamina B12 y una alimentación adecuada. A los 26 meses de edad tiene maduración adecuada motriz gruesa y fina; con franco retraso del lenguaje.

### CONCLUSIÓN

El déficit de micronutrientes como folatos y cobalamina comienza a tomar mayor importancia desde el cambio cultural en la dieta occidental. La deficiencia de cobalamina es un problema de alto impacto en pediatría. El pediatra debe estar atento frente a la alimentación del lactante; ya sea durante el período de lactancia exclusiva, valorando la conducta alimentaria materna, como en la introducción de semisólidos.

## PASES DE SALA DE INTERNACIÓN GENERAL A TERAPIA INTENSIVA

PO  
382

Bustos F.<sup>1</sup>; Villa De Villafañe A.<sup>2</sup>  
HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2</sup>  
FBUSTOS@cas.austral.edu.ar

### INTRODUCCION

Existe una población de pacientes pediátricos de riesgo que requiere cuidados intensivos y que debe ser identificada y controlada adecuadamente para tratar de disminuir al mínimo sus internaciones y derivaciones a la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

### OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes del área de internación general pediátrica del Hospital Austral, que requirió ingreso a UCIP entre los meses de enero de 2014 y marzo de 2016, así como los motivos de derivación a dicha unidad.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio: Estudio prospectivo descriptivo.  
Fuente de datos: Planilla de recolección de datos e historia clínica informatizada de la institución.

### POBLACIÓN Y MUESTRA

Criterios de inclusión: Se incluyeron aquellos pacientes mayores de 28 días y menores de 18 años que estando internados en la sala de pediatría entre los meses enero de 2014 y marzo de 2016 fueron derivados a la unidad de cuidados intensivos pediátricos desde la sala de internación general pediátrica. Criterios de exclusión: Fueron excluidos de la muestra aquellos pacientes menores de 28 días, así como también pacientes que ingresaron a UCIP de forma programada.

### RESULTADOS

En relación a las características de los pacientes, la primera infancia fue la edad predominante (47.4%), seguido por el grupo de lactantes (31.6%) y

segunda infancia (13.2%). Encontramos un claro predominio de presencia de enfermedad previa, que nos habla de una población especialmente vulnerable. En relación al motivo de derivación a UTIP en 34 de los 51 casos descriptos, no programados, el mismo se encontró directamente relacionado al motivo de internación en sala de pediatría general. 34% correspondió a dificultad respiratoria, 24% a shock séptico, 18% causa cardiovascular y 16% causa neurológica o neuroquirúrgica. Se evidenció que la gran mayoría de los pacientes (77%) permanecieron más de 24 horas en la sala previo al traslado a UCIP, sin embargo, hubo un porcentaje no menor (23%) que permanecieron solamente 12 horas o menos en la sala de internación general.

### CONCLUSIONES

Por lo expuesto previamente surge que el grupo de pacientes con patología crónica aparece como uno de los más afectados en relación a su necesidad de ingreso a UCIP y dentro de éste grupo, llama la atención el predominio de pacientes de la primera infancia. Creemos que estos datos están relacionados a que ha aumentado la población con patología crónica y por ser un centro de alta complejidad con y de derivación para trasplante y enfermedades oncológicas. En el marco de un esfuerzo de nuestra institución para mejorar la calidad de atención realizamos estas mediciones. Esto nos permite analizar en que situación clínica nuestros pacientes son derivados a UCIP (en forma urgente o emergente con necesidad inmediata de ARM e inotrópicos). También analizamos si los pacientes derivados de la guardia a la sala son rápidamente derivados a UCIP. Estos dos indicadores consideramos que son importantes para mejorar la calidad de atención de nuestros pacientes.





## A PROPÓSITO DE UN CASO: DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LEUCINOSIS CLÁSICA



Toran S.<sup>1</sup>; Amartino H.<sup>2</sup>; Panattieri N.<sup>3</sup>; Villa A.<sup>4</sup>; Vázquez F.<sup>5</sup>; Lienau M.<sup>6</sup>

HOSPITAL UNIVERSITARIO AUSTRAL<sup>1,2,3,4,5,6</sup>

stephy\_toran@hotmail.com

### INTRODUCCION

La Enfermedad de la orina con olor a jarabe de arce (ó Leucinosis) se produce por un error enzimático congénito autosómico recesivo que lleva a la acumulación de aminoácidos (AA) y cetoácidos de cadena larga. La forma clínica de presentación de la Leucinosis clásica inicia entre el 5to y 10mo día de vida con vómitos, letargia, distonía, convulsiones y/o cetoacidosis. Puede progresar con síntomas de encefalopatía y olor característico a jarabe de arce en orina u otras secreciones corporales originado por acumulación del metabolito Aloisoleucina. El tratamiento se basa en la dieta baja en Leucina. Un diagnóstico y tratamiento precoz determina la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

### OBJETIVOS

Describir la presentación clínica con diagnóstico tardío de un caso de Leucinosis.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, NT/PAEG, con pesquisa neonatal en FEI con 6 determinaciones normales (no incluía Leucinosis). Desde los 15 días de vida presentó regular progreso de peso con mala actitud alimentaria (succión débil) e irritabilidad. A los 2 meses de edad se internó por episodio agudo de somnolencia, palidez e hipotonía, evolucionando posteriormente con hipertonia, hiperreflexia y pérdida de pautas madurativas (seguimiento visual, sostén cefálico).

Por Hiperamoniemia con sospecha de alteración en el ciclo de la urea, recibió inicialmente tratamiento con Benzoato de sodio, Carnitina e Hidroclorato de

Arginina. En los estudios de imagen se evidenció lesiones compatibles con leucodistrofia metabólica.

Estudios neurometabólicos de muestras durante el episodio de crisis inicial de suero, orina y líquido cefalorraquídeo informaron valores aumentados de Leucina, Valina e Isoleucina y presencia de Aloisoleucina (esteroisómero de la Leucina no presente habitualmente en sangre), diagnosticando de esta manera Leucinosis, aún sin el olor característico en la orina.

Se indicó leche libre de isoleucina, leucina y valina (MSUD analog®) agregando fórmula Láctea (Nutrilón 1® 13%) para optimizar aporte de aminoácidos ramificados. Clínicamente presentó buena respuesta al tratamiento dietario, con mejoría de las pautas madurativas, (interacción con el entorno, tono muscular, visual, sostén cefálico, succión efectiva) y un adecuado progreso de peso.

### CONCLUSIÓN

Las enfermedades por errores congénitos del metabolismo (entre ellas la Leucinosis) como se describe en este paciente suelen ser de difícil diagnóstico clínico al inicio de la enfermedad dados sus síntomas inespecíficos. Un diagnóstico y tratamiento precoz cambia la evolución y el pronóstico de estas enfermedades. Consideramos importante como conclusión pensar en otros diagnósticos en un recién nacido que se presenta con irritabilidad y mala actitud alimentaria, también consideramos relevante incluir la Leucinosis como determinación en la pesquisa neonatal en todo el territorio argentino.

## PREVALENCIA DE HIPONATREMIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS Y MODERADOS DEL HOSPITAL DE PEDIATRIA "J.P. GARRAHAN"



Martinetto R.<sup>1</sup>; Pabon N.<sup>2</sup>; Latella A.<sup>3</sup>; Messina J.<sup>4</sup>; Iglesias V.<sup>5</sup>; Solari Moro A.<sup>6</sup>; D Ida G.<sup>7</sup>; Reinoso J.<sup>8</sup>

HTAL DE PEDIATRIA J.P.GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7,8</sup>

rmartinetto@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

La hiponatremia es uno de los desórdenes hidroelectrolíticos más frecuentemente hallados en el ámbito de la internación (4-15%) según los distintos autores. Las complicaciones directas de la hiponatremia pueden ser fatales tales como el edema cerebral, producido cuando la hiponatremia se desarrolla en forma aguda y el síndrome de desmielinización osmótica secundario a una rápida corrección de este trastorno. El propósito del trabajo es tener un acercamiento a la identificación de la prevalencia de hiponatremias en las salas de internación.

### OBJETIVO

Conocer la prevalencia de hiponatremia y sus características, en pacientes internados en cuidados intermedios y moderados del Hospital de Pediatría J.P.Garrahan durante el periodo de estudio.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el relevamiento de todas las determinaciones de sodio realizadas por el laboratorio del Hospital de Pediatría J.P.Garrahan en el área de internación y emergencias durante dos días tomados al azar. Se definió hiponatremia a una concentración de sodio plasmático menor a 135 mEq/l. Hiponatremias leve: 131 y 135 mEq/l. Hiponatremias moderadas: menores a 130 mEq/l y Severa: menor de 124mEq/L.

### RESULTADOS

Durante los días fijados se analizaron todas las determinaciones de sodio solicitadas en el área de internación. Fueron un total de 309 determinaciones de sodio en 309 pacientes. Del total de la muestra el 30% de los pacientes

presentaron hiponatremia (93 pacientes) siendo leve en el 78% de los casos y 22% moderada. No se registraron hiponatremias severas. El 52% (48/93) de las hiponatremias pertenecían a niños internados en la sala de internación, 23% (21) en UCI; 10% en emergencias-observación; 9% en hospital de día oncológico. En la internación en sala se detectó un 19% de hiponatremias moderadas (9/48) y el resto fueron leves. La determinación más baja hallada en la muestra fue de 125 mEq/l. Un solo paciente presentó síntomas. La media de edad fue de 58 meses, de peso 26 kg y de días de internación 17 días. La patología de base fue: 2 trasplantados hepáticos, 2 sd nefróticos, 1 con encefalopatía crónica no evolutiva, 1 con LLA de alto riesgo, 1 con hemofilia, 1 con agranulocitosis y 1 con sd genético. Solo 2 tenían plan parenteral y 4 registraban pérdidas concurrentes. De los niños con hiponatremia leve (39/48), 15 presentaban patología hemato oncológica, 6 trasplantados hepáticos, 3 con enfermedad reumatológica. La media de edad fue de 95 meses, de peso 26 kg y de días de internación 28. Solo en 9 se registraron pérdidas concurrentes. El 70% de ellos tenían plan parenteral.

### CONCLUSIONES

En nuestra muestra la prevalencia de hiponatremia en el área de internación de cuidados intermedios y moderados es del 15,53% (48/309). De las hiponatremias registradas en internación, el 19% fue moderada. No se observaron emergencias médicas como forma de presentación. La patología más frecuente hallada fue la hemato oncológica y el trasplante hepático. Un análisis más exhaustivo ampliando el tamaño de la muestra y su relación con la prescripción de planes parenterales colaboraría en el reconocimiento y prevención de la hiponatremia.



## TROMBOSIS ARTERIAL AGUDA COMO PRESENTACIÓN DE HIDATIDOSIS DISEMINADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

RPD  
385

Rossetti E.<sup>1</sup>; Sagray E.<sup>2</sup>

Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"<sup>1,2</sup>  
tefi86@hotmail.com

### OBJETIVO

Presentar un caso de trombosis arterial aguda en el contexto de una hidatidosis cardíaca y esplénica, así como una revisión de la literatura.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 15 años de edad, oriundo de Carmen de Areco, Provincia de Buenos Aires, que ingresa por guardia con cuadro de trombosis femoral aguda. Cuando se realiza la tromboectomía femoral, se constata la arteria ocluida con restos quísticos inespecíficos. Durante la internación, se evidencia por ecocardiograma la presencia de un quiste dentro del ventrículo izquierdo y por ecografía abdominal una imagen quística en el polo inferior del bazo. Con el resultado de la anatomía patológica del trombo femoral, se confirma la presencia de membranas germinales, arribando al diagnóstico de hidatidosis. Las serologías específicas fueron negativas. Paciente recibió tratamiento antibiótico con praziquantel y albendazol previa resección de quiste intracardiaco y hemiesplenectomía. Actualmente el paciente continúa en seguimiento por especialidades, manteniendo tratamiento antiparasitario y tratamiento médico cardiológico por disfunción miocárdica severa residual.

### DISCUSIÓN

Se han descrito alrededor de 20 casos de presentación de hidatidosis como trombosis arterial aguda, solo algunos en edad pediátrica. Además de la rareza de la presentación, resultan también muy inusuales la edad del paciente, y la ausencia de síntomas previos. Se resalta el concepto de considerar el diagnóstico de hidatidosis en todo paciente con enfermedad quística en nuestro medio.

## EN LA ASOCIACIÓN ASMA Y REFLUJO GASTROESOFÁGICO, ¿EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES MEJORA LOS SÍNTOMAS DEL ASMA? REVISIÓN SISTEMÁTICA

PO  
386

Rossetti E.<sup>1</sup>; Semerdjian C.<sup>2</sup>; Fontana M.<sup>3</sup>; Saul F.<sup>4</sup>

HOSPITAL DE PEDIATRÍA "PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN"<sup>1,2,3,4</sup>  
tefi86@hotmail.com

### INTRODUCCIÓN

El asma es una enfermedad que afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial. El reflujo gastroesofágico (RGE) como entidad coexistente está bien establecida, pero se desconoce su papel como factor agravante de los síntomas del asma. Cada vez es más frecuente el tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) en pacientes con asma pobremente controlado.

### OBJETIVOS

Revisar la evidencia existente acerca del beneficio del tratamiento del RGE con IBP en la sintomatología del asma.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Medline, Cochrane, Lilacs, literatura gris y opinión de expertos. Se utilizaron los términos "gastroesophageal reflux", "asthma" y "proton pump inhibitors". Se incluyeron trabajos en niños y adultos. Se restringió a trabajos realizados en idioma español e inglés, de 1986 a febrero de 2016.

Los artículos fueron analizados críticamente por dos autores y un tercer autor intervino en caso de discrepancias, utilizando la guía para lectura crítica del Hospital Garrahan y la escala de JADAD para evaluación de calidad, descartándose estudios con score menor a 3.

### RESULTADOS

Se encontraron 391 publicaciones, de las cuales 16 se relacionaban con la pregunta (7 revisiones sistemáticas, 6 ECCA, 3 ensayos clínicos). De éstos, 7 carecían de validez interna, no considerándose en el resultado final del trabajo.

Como resultado primario se utilizó la mejoría en la calidad de vida (tomando en cuenta el score AQLQ, exacerbaciones y síntomas diurnos y nocturnos). Solo 3 de los 9 estudios demostraron mejoría en la calidad de vida. Como resultado secundario, se optó por datos objetivos como el mPEF/ePEF y el VEF1. Solo una revisión sistemática demostró aumento del mPEF con un valor de  $p < 0.05$ , mientras que no hubieron diferencias en el ePEF. En cuanto al VEF1, se obtuvieron resultados discordantes en los únicos 2 estudios con  $p$  estadísticamente significativa.

### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos a través de esta revisión sistemática demuestran que no existe evidencia suficiente para apoyar el uso de IBP en pacientes asmáticos con RGE, debido a la falta de mejoría en los parámetros evaluados en la mayoría de los casos.



## ENFERMEDAD HEPÁTICA POR BARTONELLA HENSELAE: REPORTE DE CASO

Previgliano M.<sup>1</sup>; Jiménez Peña C.<sup>2</sup>; González N.<sup>3</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>1,2,3</sup>

lujanprevigliano@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

Los abscesos hepáticos son una patología poco frecuente en niños; la etiología bacteriana es la más frecuente, seguida por la parasitaria. La infección se produce por contiguidad, por vía ascendente a través de la vía biliar o portal o secundariamente a bacteriemia. Se presenta generalmente como imagen única y asociado a síndrome febril y dolor abdominal, sin compromiso del hepatograma.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 7 años, previamente sana, oriunda de Misiones, que consulta inicialmente en ciudad de origen por síndrome febril prolongado de tres semanas de evolución asociado a hepatomegalia. Recibió allí 7 días de tratamiento con ceftriaxona, sin mejoría de la curva febril. Realizan entonces TC de abdomen que evidencia múltiples imágenes compatibles con abscesos hepáticos sin afectación esplénica, por lo que se decide su derivación a nuestra institución. Al ingreso se la valora en buen estado general, afebril, sin visceromegalias, adenopatías ni otros datos positivos al examen físico. Se realiza laboratorio al ingreso sin alteración de la función hepática con PCR de 22 como único dato a destacar. Se medica con cefotaxime y clindamicina asumiendo inicialmente etiología bacteriana y cubriendo los gérmenes más frecuentemente involucrados; por el antecedente de síndrome febril prolongado se realizan serologías para EBV, HIV y CMV (todas negativas), ecocardiograma y fondo de ojo que resultaron normales; parasitológico fresco y seriado, negativos. Se solicita PCR para Bartonella henselae en sangre: positiva. Se asume entonces enfermedad hepática secundaria a

Bartonella henselae. Inicia tratamiento con claritromicina y rifampicina por vía oral, otorgando egreso hospitalario y continuando controles ambulatorios, con buena respuesta clínica e imagenológica al mismo.

### CONCLUSIÓN

Bartonella henselae es un patógeno cuya presentación clínica habitual es la enfermedad por arañazo de gato, con linfadenopatía asociada o no a síndrome febril prolongado. Es rara la afectación hepática sin imágenes esplénicas.

Se presenta en este caso una forma poco frecuente de una enfermedad muy frecuente en pediatría como es la enfermedad por Bartonella. Consideramos entonces a partir de este caso el incluir la búsqueda de dicho agente etiológico ante la presencia de abscesos hepáticos múltiples.

## ENFERMEDAD INVASIVA POR SAMR: SERIE DE CASOS

Previgliano M.<sup>1</sup>; Ortolá R.<sup>2</sup>; Castelanni E.<sup>3</sup>; Pardini M.<sup>4</sup>; Cheistwer A.<sup>5</sup>

HOSPITAL DE NIÑOS RICARDO GUTIÉRREZ<sup>1,2,3,4,5</sup>

lujanprevigliano@gmail.com



### INTRODUCCIÓN

El Staphylococcus Aureus Metilino Resistente de la comunidad (SAMR Co) es germen causal de múltiples cuadros clínicos. Su presentación más frecuentes es la infección de piel y partes blandas (IPPB) y la más grave es la forma invasiva, con afectación musculoesquelética y/o pulmonar.

Caso 1: Paciente de 8 años, previamente sano, con antecedente de traumatismo en tobillo izquierdo, se presenta con fiebre, dolor e impotencia funcional (IF) de 24 hs de evolución. El drenaje quirúrgico muestra osteomielitis de calcáneo, miositis y artritis de tobillo. Rescata SAMR de material óseo, punción articular y hemocultivos (HC). Presentó evolución tórpida, requiriendo dos drenajes posteriores. Cumplió 14 días de vancomicina y 21 de TMS con buena evolución.

Caso 2: Paciente de 2 años, previamente sano, con dolor e IF de cadera izquierda secundario a traumatismo 4 días antes y fiebre. Con diagnóstico de artritis séptica se realizan dos drenajes con muestra articular y HC positivos para SAMR. Por presentar dolor y tumoración de rodilla izquierda, requirió una nueva intervención que evidencia miositis y osteomielitis subaguda. Recibió 10 días de vancomicina y TMS-Rifampicina (una vez negativizada la bacteriemia) con buena evolución.

Caso 3: Paciente de 7 años, previamente sana, con dolor y tumoración lumbar de 3 semanas de evolución y fiebre los últimos 6 días. Al ingreso se realiza TC que muestra absceso glúteo. Requirió dos drenajes con rescate de SAMR en material purulento y HC. Evoluciona con neumonía y derrame pleural bilateral en Rx tórax y TC. Recibió vancomicina-TMS con buena respuesta.

### CONCLUSIÓN

La enfermedad invasiva por SAMR Co aparece en niños previamente sanos con o sin antecedentes de IPPB. Su incidencia está en aumento. La diseminación hematógena con impacto óseo es la forma más frecuente y presenta alta morbi-mortalidad.

En este caso, se trata de pacientes de edades diversas, sanos, con fiebre asociada a dolor y antecedente traumático. Los 3 presentaron HC positivos que negativizaron a las 48 hs con tratamiento adecuado y requirieron más de un drenaje quirúrgico; dos de ellos mostraron impactos a distancia y uno gran invasividad local.

A través de este trabajo queremos destacar la variedad de presentación clínica de la enfermedad por SAMR Co. Asimismo, queremos enfatizar la importancia del diagnóstico precoz y los tratamientos quirúrgico y antibiótico oportunos como herramientas para disminuir el riesgo de mortalidad y las secuelas posteriores.



## ARTRITIS DE CADERA POR BARTONELLA HENSELAE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Harris V.<sup>1</sup>; Rodríguez S.<sup>2</sup>; Vitteriti L.<sup>3</sup>; Cohen M.<sup>4</sup>; González C.<sup>5</sup>

HOSPITAL GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5</sup>

veritoharris@gmail.com

RPD  
390

### INTRODUCCIÓN

Bartonella Henselae es el agente causal de la enfermedad por arañazo de gato (EAG) cuya manifestación más frecuente en el paciente inmunocompetente es la linfadenitis localizada. Entre un 5-14% produce enfermedad sistémica. Se debe pensar en este patógeno en pacientes expuestos a gatos (reservorio) y con infecciones de evolución tórpida sin aislamiento de gérmenes típicos. No hay datos sobre la eficacia de un tratamiento antimicrobiano específico.

### OBJETIVO

Describir un paciente con una presentación atípica de infección por Bartonella Henselae.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 12 años previamente sano, vacunas incompletas. Concorre a la guardia de nuestra institución por cojera y fiebre. Refiere traumatismo de rodilla el día anterior y cuadro de parotiditis 10 días previos. Se realiza laboratorio que informa glóbulos blancos:  $7.77 \cdot 10^3 \text{ug/l}$  (72%/16%) Hb 13.3mg/dl Pl 311  $10^3 \text{ug/l}$  y ecografía de cadera derecha que evidencia colección de 24 x 7 mm entre el plano muscular y oseo, próximo al acetábulo. Se decide su internación, se realiza toilette quirúrgica y se medica con Clindamicina y Ceftriaxona endovenosa. Hemocultivo y cultivo líquido articular negativo. Evoluciona febril persistente y con dolor intenso,

por lo que se rota antibioticoterapia a vancomicina y requiere otras dos intervenciones quirúrgicas, y tracción de partes blandas. Debido a la falta de respuesta al tratamiento instaurado se ampliaron estudios descartándose tuberculosis, inmunodeficiencia, enfermedad oncohematológica y enfermedad reumatológica. La tomografía y resonancia magnética confirman osteoartritis de cadera derecha y múltiples ganglios inguinales derechos levemente aumentados de tamaño. Se rescata serología positiva IgM para Bartonella Henselae y se confirma el diagnóstico al evidenciarse aumento de la curva de IgG para dicho germen. El paciente completa tratamiento con Clindamicina y evoluciona favorablemente luego de 20 días de internación.

### CONCLUSIÓN

Ante un paciente con artritis y mala evolución clínica incorporar dentro de los diagnósticos diferenciales la serología para Bartonella Henselae; e incluir en la anamnesis la consulta sobre la presencia de mascotas en el hogar. No existe un único tratamiento para las distintas formas de EAG ni está definido el régimen antibiótico más eficaz. El mismo debe adecuarse a la gravedad y evolución de cada paciente.

## VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE EN PACIENTES ASISTIDOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

Ferrario C.<sup>1</sup>; Bokser V.<sup>2</sup>; Giorgetti B.<sup>3</sup>; Giudici L.<sup>4</sup>; Miño L.<sup>5</sup>; Seoane M.<sup>6</sup>; Sevilla M.<sup>7</sup>

HOSPITAL GENERAL DE NIÑOS PEDRO DE ELIZALDE<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

clauferrario@yahoo.com.ar

PO  
391

### INTRODUCCIÓN

El dengue es una enfermedad emergente transmitida por el Aedes aegypti y es considerada un problema de salud pública. En el verano del 2016 la Argentina tuvo el mayor brote de dengue de los últimos años. Su presentación en la población pediátrica se convirtió en un nuevo desafío en la práctica cotidiana.

### OBJETIVOS

- 1) describir la vigilancia de los casos sospechosos de dengue asistidos en el hospital Elizalde, la presentación clínica y de laboratorio.
- 2) caracterizar los diagnósticos diferenciales de pacientes diagnosticados inicialmente como dengue.

### MATERIAL Y METODOS

Diseño descriptivo, observacional, corte transversal. Población: pacientes asistidos en el Hospital General de Niños Dr. Pedro de Elizalde (HGNPE) con diagnóstico sospechoso de dengue entre enero y mayo del 2016. Se tomo como fuente de información, la ficha de vigilancia epidemiológica de Dengue. Variables: edad, sexo, lugar de residencia, días de internación, síntomas al momento de la consulta.

En la SE 11 se cambió la modalidad de vigilancia no enviando muestra a todos los casos sospechosos dado la magnitud del brote.

### RESULTADOS

Durante los meses de enero a mayo 2016 se asistieron 295 casos sospechosos de dengue. 153 varones, 142 mujeres, media de edad: 8,35 años (rango 11 meses-18 años). 74 (25%) residentes de la CABA. Se confirmaron por laboratorio 64(21,7%) casos, de los cuales 42(14,2%) permanecieron internados. De estos casos los síntomas más frecuentes al momento de la consulta fueron en orden de frecuentes: la cefalea, las náuseas/vómitos y las mialgias. La media de glóbulos blancos al momento de la consulta fue de 3569 y de plaquetas 126490. Media de días de internación de 3.15 días (rango de 0 a 15 días). Entre los diagnósticos diferenciales se mencionan: sepsis por estafilococo, síndrome urémico hemolítico, meningitis por enterovirus y meningococcemia.

### CONCLUSIONES

El 81,48% de los casos confirmados por laboratorio presento menos de 5000 glóbulos blancos y el 72% presento plaquetopenia al momento de la consulta inicial.

Síntomas comunes en la consulta pediátrica como fiebre, náuseas/vómitos y cefalea fueron los más frecuentes.

Diagnósticos potencialmente graves fueron inicialmente interpretados como dengue.





## DIARREA INTRATABLE

*Donato, M. L.<sup>1</sup> ; Buscio, M.<sup>2</sup>; Galvagno, I.<sup>3</sup>; Ciavatta, J.<sup>4</sup> ; Ceballos, V.<sup>5</sup> ; Aguirre, J.<sup>6</sup>; Arpi, L.<sup>7</sup>*  
HOSPITAL SAMIC JUAN P. GARRAHAN<sup>1,2,3,4,5,6,7</sup>

<lodonato@hotmail.com>



Paciente oriundo de Chaco, derivado a los 10 meses de vida por diarrea intratable, hepatopatía y desnutrición severa. Con sospecha de alergia a la proteína de leche de vaca, recibió peptijunior sin mejoría clínica por lo que se rotó a neocate y se inició alimentación parenteral.

Durante internación fue valorado por gastroenterología con realización de VEDA con hallazgo de “enteropatía severa grado III y colopatía leve a moderada”, por lo que inició corticoterapia con sospecha de enteropatía autoinmune, sin respuesta en control posterior. Se descartaron otras causas gastrointestinales. Se realizó PAMO por presentar repetidos laboratorios con bicitopenia (Coombs directa positiva), compatible la misma con déficit nutricional por lo que recibió Vitamina B 12 y Acido fólico IM por 6 días con mejoría de los mismos. Se solicitó valoración por Servicio de Inmunología por sospecha de enfermedad autoinmune. Se descartó Síndrome de Wiskott Aldrich (WASP normal), IPEX (Treg y FOXP 3 normales), Déficit de XIAP (NKT y expresión de XIAP normales), y EGC (DHR normal).

Al examen físico presentaba eccema y pelo escaso y ralo, por lo que se solicitó valoración por dermatología, con descripción del mismo como tricorrexis nodosa y pilli torti. Se derivó a hospital local para continuar nutrición parenteral con sospecha de Síndrome trico-entero-hepático, se envió material genético al exterior. Posteriormente se recibe estudio molecular que confirma IPEX.